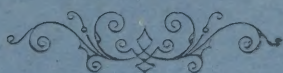
FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

# THESE

DO

## Dr. Bernardo Lopes de Azeredo Babo.

THESE

# DISSERTAÇÃO

SECÇÃO MEDICA. — Do diagnostico das molestias do figado e seu tratamento.

**PROPOSIÇÕES:**

SECÇÃO ACCESSORIA. — Aborto criminoso.
SECÇÃO CIRURGICA. — Hemorrhagias puerperaes.
SECÇÃO MEDICA. — Nevralgias.

# THESE

APRESENTADA

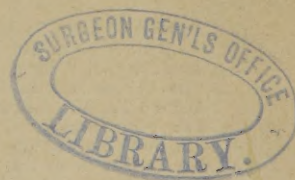
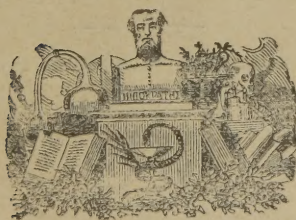
Á FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO
EM 21 DE SETEMBRO DE 1875

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

**EM 15 DE DEZEMBRO DO MESMO ANNO**

PELO


Dr. Bernardo Lopes de Azeredo Babo

NATURAL DO RIO DE JANEIRO


RIO DE JANEIRO
TYPOGRAPHIA UNIVERSAL DE E. & H. LAEMMERT
71, Rua dos Invalidos, 71
1875

# FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

## DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. VISCONDE DE SANTA IZABEL.

## VICE-DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. BARÃO DE THERESOPOLIS.

## SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

## LENTES CATHEDRATICOS

Doutores:

### PRIMEIRO ANNO

F. J. do Canto e Mello Castro Mascarenhas. (1ª cadeira). Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Manoel Maria de Moraes e Valle (Presidente). (2ª » ). Chimica e Mineralogia.
. . . . . . . . . . . . . . . . (3ª » ). Anatomia descriptiva.

### SEGUNDO ANNO

Joaquim Monteiro Caminhoá . . . . (1ª cadeira). Botanica e Zoologia.
Domingos José Freire Junior . . . . (2ª » ). Chimica organica.
Francisco Pinheiro Guimarães . . . . (3ª » ). Physiologia.
. . . . . . . . . . . . . . (4ª » ). Anatomia descriptiva.

### TERCEIRO ANNO

Francisco Pinheiro Guimarães . . . . (1ª cadeira). Physiologia.
Conselheiro Antonio Teixeira da Rocha. (2ª » ). Anatomia geral e pathologica.
Francisco de Menezes Dias da Cruz . . . (3ª » ). Pathologia geral.

### QUARTO ANNO

Antonio Ferreira França. . . . . . (1ª cadeira). Pathologia externa.
João Damasceno Peçanha da Silva (Exam.) . (2ª » ). Pathologia interna.
Luiz da Cunha Feijó Junior . . . . . (3ª » ). Partos, molestias de mulheres pejadas e paridas e de recem-nascidos.
Vicente Candido Figueira de Saboia. . . (4ª » ). Clinica externa (3º e 4º anno).

### QUINTO ANNO

João Damasceno Peçanha da Silva . . . (1ª cadeira). Pathologia interna.
Francisco Praxedes de Andrade Pertence. (2ª » ). Anatomia topographica, medicina operatoria e apparelhos.
Albino Rodrigues de Alvarenga . . . . (3ª » ). Materia medica e therapeutica.

### SEXTO ANNO

Antonio Corrêa de Souza Costa. . . . . (1ª cadeira). Hygiene e historia da Medicina.
Barão de Theresopolis. . . . . . . (2ª » ). Medicina legal.
Ezequiel Corrêa dos Santos . . . . . (3ª » ). Pharmacia.
Vicente Candido Figueira de Saboia. . (4ª » ). Clinica interna (5º e 6º anno).
João Vicente Torres-Homem . . . . (4ª » ). Clinica interna.

---

## LENTES SUBSTITUTOS

Agostinho José de Souza Lima . . . . . . . .
Benjamin Franklin Ramiz Galvão . . . . . . .
João Joaquim Pizarro . . . . . . . . . . Secção de Sciencias Accessorias.
João Martins Teixeira . . . . . . . . . . .
Augusto Ferreira dos Santos . . . . . . . .

Luiz Pientzenauer . . . . . . . . . . .
Claudio Velho da Motta Maia. . . . . .
José Pereira Guimarães. . . . . . . . . . Secção de Sciencias Cirurgicas.
Pedro Affonso de Carvalho Franco . . . . .
Antonio Caetano de Almeida (Examinador) . . .

José Joaquim da Silva . . . . . . . . . .
João José da Silva . . . . . . . . . . . .
João Baptista Kossuth Vinelli (Examinador) . . . Secção de Sciencias Medicas.
. . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . .

---

*N.B.* A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas Theses que lhe são apresentadas.

Á SAGRADA MEMORIA DE MEUS PAIS

O MAJOR SABINO LOPES DO BABO

E

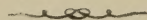
**D. GRACINDA DE AZEREDO BABO**

ETERNA SAUDADE.

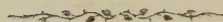
À MINHA RESPEITAVEL AVÓ

# D. ISABEL FLAVIA DA SILVA

A orphandade em que deixou-me o passamento de meus pais se não foi uma inteira desgraça é porque ficou-me o vosso affecto e vossa protecção.

Ainda bem que não se perdêrão vossos esforços para que eu conseguisse honrosa posição na sociedade; e hoje, que attinjo essa posição, minh'alma reconhecida pelos vossos extremos se enche de jubilo, contemplando-vos cheia de vida e do respeito e estima que vos tributão quantos se abrigão sob vossa sombra: — sou eu um delles, e a nenhum outro cedo na estima, respeito, e gratidão que todos vos devemos.

A' MINHA NOIVA

# D. ORMINDA ALZIRA TAVARES DE VASCONCELLOS

. . . . . . . . . .

## ÁS MINHAS IRMÃS

D. Maria de Azeredo Babo Robertys
D. Carlota de Azeredo Braga
D. Francisca Carolina de Azeredo Vieira

## A MEUS IRMÃOS

**Ignacio de Azeredo Babo**
**Reginaldo Peçanha de Azeredo Babo**
**Leopoldo Clarimundo de Azeredo Babo**

E ESPECIALMENTE A MEU IRMÃO

## SABINO LOPES DE AZEREDO BABO

A natureza prendeu-nos com laços que só a morte póde romper, e as relações em que vivemos tornárão mais estreitos esses laços, que a gratidão e estima reciproca não permittiráõ que jamais se affrouxem.

Ao Exm. Sr.

# DR. MARTINHO ALVARES DA SILVA CAMPOS

A consideração que á V. Ex. tributão todos os membros da minha familia dá a conhecer o muito que devemos á extrema generosidade do eximio brazileiro que, na alta posição a que o elevárão seus talentos, sua illustração e seu patriotismo, nunca se dedignou de proteger-nos e de guiar-nos com seus conselhos.

Hoje que vejo quanto me aproveitárão esses conselhos dou testemunho de meu profundo reconhecimento dedicando minha these á V. Ex.

---

A MEU TIO E PADRINHO O SR.

# MAJOR JOAQUIM LOPES DO BABO

E Á MINHA BOA TIA E MADRINHA

# A EX$^{ma}$. SR$^{a}$. D. LUIZA DA CONCEIÇÃO BABO

Vós bem me conheceis; — portanto não é preciso dizer-vos que vossos nomes estarão gravados eternamente em meu coração.

## AOS MEUS PARTICULARES AMIGOS

OS SRS.

DR. EVARISTO FERREIRA DA VEIGA
JOÃO PEDRO DA VEIGA
LOURENÇO XAVIER DA VEIGA
TENENTE-CORONEL BERNARDO SATURNINO DA VEIGA
DR. FRANCISCO LUIZ DA VEIGA
DR. FRANCISCO JULIO DA VEIGA
JOSÉ PEDRO XAVIER DA VEIGA
DR. SATURNINO SYMPLICIO DE SALLES VEIGA
E
ANGELO XAVIER DA VEIGA

Quiz a sorte que nos encontrassemos um dia para estabelecerem-se entre nós os mais intimos laços de amizade, que nem o tempo nem a distancia conseguiráõ desfazer.

As relações que contrahi comvosco me enchem de honra e felicidade, e dedicando-vos minha these acredito que compartilhais commigo do jubilo que hoje enche meu coração.

Á EXma. SRa.

## D. ANNA MICHAELLA DE VASCONCELLOS TAVARES

E A TODA SUA EXMa. FAMILIA

Muito respeito, consideração e estima.

AOS MEUS CUNHADOS E AMIGOS

OS SRS.

**Joaquim Lourenço de Assis Vieira**

**Eduardo Henrique de Andrade Braga**

**Braz Antonio de Robertys**

Muita amizade.

AOS MEUS PRIMOS

OS SRS.

Dr. Carlos Antunes Hudson

Joaquim Lopes do Babo Junior

Marcolino Teixeira de Abreu

Aureliano Arthur de Andrade Braga

Antonio Pereira de Queiroz

José Ignacio Pereira de Almeida

Antonio Gomes da Cruz Sobrinho

Amizade.

**A MEU TIO E AMIGO**

O SR.

LUIZ DELFINO DE AZEREDO E SOUZA E Á SUA EXM.ª FAMILIA

Á MINHA BOA TIA

A EXMª. SRª.

D. BARBARA CANDIDA DA CRUZ

Estima e gratidão.

AOS MEUS AMIGOS E ANTIGOS COMPANHEIROS DE CASA

Dr. João Gabriel de Moraes Navarro
Dr. Pedro José da Silva
Henrique Orias Machado
Dr. Ricardo Augusto Soares Baptista

Expressão da mais grata recordação e saudade.

Á MEMORIA DO CONEGO

JOSÉ DE SOUZA E SILVA ROUSSIN

Uma lagrima!

**AOS MEUS AMIGOS**

DR. JOÃO BAPTISTA DOS SANTOS
JOAQUIM DA SILVA LEITÃO
THOMAZ JOAQUIM TAVARES
JOAQUIM JOSÉ TAVARES
ROBERTO JOSÉ TAVARES
DR. VICTORINO RICARDO BARBOSA ROMÊO
DR. ERNESTO ADOLPHO DE ANDRADE BRAGA
DR. IGNACIO ALVARES DA SILVA
PADRE JOSÉ DELFINO CESAR
DR. ERNESTO HENRIQUE ENNES BANDEIRA

Consideração.

AO MEU VENERANDO MESTRE

O EXM^o. SR.

# BARÃO DE TAUTPHŒUS

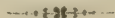
Homenagem de respeito a seu immenso talento, de admiração á sua vasta illustração e de reconhecimento ás virtudes que o ennobrecem.

---

AOS ILLUSTRADOS PROFESSORES DA ESCOLA DE MEDICINA

OS SRS. DRS.

Francisco Praxedes de Andrade Pertence
Vicente Candido Figueira de Saboia
João Vicente Torres Homem
José Pereira Guimarães
Antonio Caetano de Almeida

---

## AOS MEUS COLLEGAS DE ANNO

Mil venturas.

---

AOS MEUS CONTEMPORANEOS DA ESCOLA DE MEDICINA

---

## AOS DOUTORANDOS DE 1876

Felicidades.

# AUTORES CONSULTADOS DURANTE A CONFECÇÃO DESTA THESE

FRERICHS. —Tratado das molestias do figado. Pariz, 1866.
TROUSSEAU.—Clinica medica. Pariz, 1873.
ANDRAL.—Clinica medica. Pariz. 1839.
WOILLEZ.—Dicc. do diag. med. Pariz, 1870.
BOUCHUT E DESPRÈS.—Dicc. de med., e de therap. med. e cirurg. Pariz, 1873.
LITTRÉ E ROBIN.—Dicc, de med., cirurg., etc. Pariz, 1873.
JACCOUD.—Novo dicc. de med. e cirurg. pratica. Pariz, 1872.
GRAVES.—Lições de clinica med. Trad. de Jaccoud. Pariz, 1871.
NIEMEYER.—Tratado de path. int. Trad. franceza. Pariz, 1872.
JACCOUD.—Tratado de path. int. Pariz, 1871.
BENNETT.—Lições clinicas de med. Pariz, 1873.
DUTROULEAU.—Molestias dos Européos. Pariz, 1868.
ROUIS.—Indagações sobre a supp. end. do figado. Pariz, 1866.
GRISOLLE.—Tratado de path. int. Pariz, 1869.
FANCONNEAU DUFRESNE.—Narração das mol. do figado e do panchreas. Pariz, 1860.

Consultámos ainda as theses dos doutores Ambrosio Vieira Braga, Nuno Ferreira Lage, M. M. M. da Costa Reis (Theses do Rio de Janeiro de 1874) e a de Sudry. Pariz, 1861,

# DISSERTAÇÃO.

---

## Considerações sobre o figado no estado physiologico e pathologico.

O deslocamento do figado e as variações pathologicas de seu volume, bem como sua fórma, consistencia, posição e relações com os orgãos vizinhos, fornecendo dados diagnosticos de grande valor, acarreta a necessidade de bem conhecer a sua anatomia e situação no estado physiologico.

Collocado no hypochondrio direito, que occupa totalmente, o figado estende-se frequentemente além da linha mediana e invade o hypochondrio esquerdo.

Acima do estomago e abaixo do diaphragma, ao qual elle é fixo por uma dobra do peritoneo, o ligamento suspensor, e repousando sobre a massa intestinal, o figado não tem uma posição inteiramente fixa, pois é deslocado pelos movimentos do diaphragma na inspiração, e pelos orgãos vizinhos, como o estomago e os intestinos, que, dilatados por gazes, o empurram e fazem-n'o assim mudar de posição.

As vestes muito apertadas, o espartilho são ainda causas que determinam o deslocamento e a mudança de fórma do orgão.

O figado, a maior glandula do corpo humano, apresenta a fórma de um segmento de ovoide cortado obliquamente no sentido do seu comprimento (Glisson). Apresenta duas faces, dous bordos e duas extremidades.

Das faces uma é superior e convexa e a outra inferior e concava; dos bordos um é anterior e outro posterior, um cortante e outro espesso; das extremidades uma é direita e outra esquerda.

Os anatomistas antigos dividiram o figado em tres lobos e essa divisão ainda hoje é admittida.

A face convexa está em relação immediata com o pulmão direito; a inferior ou concava com o estomago, o intestino e a vesicula biliar; ella recebe a arteria hepatica e o tronco da veia porta, formada pela reunião dos vasos que nascem na superficie do intestino.

Os antigos ainda consideravam essas duas faces divididas, a superior ou convexa em dous lobos pelo ligamento suspensor ou falsiforme; a inferior em quatro, limitados por dous sulcos longitudinaes e um transversal, os quaes, pela sua reunião, formam um H.

O tecido da glandula hepatica é formado de um numero infinito de pequenas granulações chamadas lobulos, composto, cada um, de numerosas cellulas, entre as quaes se ramificam as raizes da veia porta e da arteria hepatica, e donde partem as radiculas das veias hepaticas e dos conductos biliares.

O diametro vertical do figado é de 12 a 14 centimetros; o transversal de 27 a 32; seu pêso é de cerca de 2 kilogrammas.

A sua côr é rubra escura em geral, e a sua consistencia de um molle mais ou menos resistente.

A glandula hepatica é envolvida por uma membrana serosa (peritoneo), excepto nos pontos correspondentes ao bordo posterior, aos dous sulcos da face inferior e á depressão da vesicula.

Intimamente unida ao peritoneo está uma membrana cellulosa (capsula de Glisson), que adhere ao figado, enviando prolongamentos, que acompanham os vasos lymphaticos, ás ramificações da veia porta, arteria hepatica, aos nervos, aos conductos hepaticos e dividem o orgão em tres porções chamadas lobos.

A circulação do figado, toda *sui generis*, compõe-se: da veia

porta, que formada por veias nascidas da reunião de capillares em capillares, envia ramificações para todo o orgão, como se fosse uma arteria, dando assim ao conteúdo sanguineo do figado uma vasta superficie a percorrer, e, portanto, tempo necessario para entregar á glandula o que lhe pertence dos productos da digestão; e da arteria hepatica que nasce do tronco cœliaco e divide-se em dous ramos desiguaes, no sulco transverso, dirigindo-se o mais grosso para o lado direito do sulco, o outro para o lado esquerdo, e ambos penetrando no figado, onde se dividem, como a veia porta, acompanhando sempre cada ramificação de uma a ramificação da outra.

No sulco transverso reunem-se ainda os dous canaes biliares para formar o conducto hepatico.

Os vasos lymphaticos do figado são numerosissimos, e por isso Aselli acreditava que era este orgão o ponto de partida de todos estes vasos.

Os nervos hepaticos provêm do pneumogastrico esquerdo e do grande sympathico.

Os limites do figado, no estado normal, são: superiormente, no 5° espaço intercostal sobre a linha mammaria; no 7° espaço, sobre a linha axillar, e no 10° espaço intercostal, junto da columna vertebral (Frerichs).

Os limites inferiores variam mesmo no estado normal. Ás vezes não excede o rebordo costal, outras vezes póde exceder até um dedo transverso.

Vejamos, agora que já conhecemos o figado no estado physiologico, quaes são os seus caracteres no estado pathologico.

Essas noções nos podem ser fornecidas ou pela simples inspecção, ou pelos diversos meios de exploração, como a apalpação, a percussão, a auscultação e a mensuração.

No estado pathologico, o figado póde apresentar augmento ou diminuição do seu volume, e póde conservar o seu volume normal.

Quando ha augmento exagerado, póde-nos ser revelado pela simples inspecção, e então vê-se que a região hepatica perde sua conformação natural, torna-se proeminente, ficando superiores as faces anteriores das ultimas costellas, e posteriores os bordos superiores; demais se o crescimento do orgão se faz para baixo, então desapparece a linha limitrophe das regiões thoracica e abdominal.

Quando, porém, o augmento não é muito exagerado, temos necessidade da apalpação e percussão, meios exploratorios que ainda nos auxiliam na apreciação das alterações de consistencia, na determinação do gráo de molleza ou dureza do orgão e no exame de sua superficie, que póde ser lisa ou apresentar depressões.

A apalpação ainda nos leva ao conhecimento da existencia de pús na glandula, e então podemos lançar mão da puncção para nos certificarmos.

A percussão confirma o que nos mostra a apalpação, dando som obscuro na região occupada pela glandula, podendo nos levar mesmo ao conhecimento da existencia de uma atrophia.

Pela auscultação podemos ouvir attrito dependente de concreções fibrinosas na superficie da serosa que envolve o figado.

Finalmente, pela mensuração podemos conhecer qual dos dous hypochondrios é mais volumoso.

## Noticia historica sobre a physiologia e pathologia do figado.

Collocado no fundo do abdomen, envolvido por azas intestinaes e pelo estomago, apresentando um volume variavel com as condições de edade, sexo, temperamento, hygiene e digestão, atravessado por um apparelho vascular todo especial, dotado de funcções as mais

complexas, o figado offerece modificações difficeis de comprehender e toma uma parte muito activa em phenomenos complicados e de uma interpretação, muitas vezes, obscura.

São todas essas particularidades reunidas que determinam a confusão e a lenta edificação de sua pathologia.

Não obstante, os antigos haviam estabelecido solidas bases. Galeno, com o brilho de seu genio, havia perscrutado os mais intimos e importantes actos da glandula hepatica: ahi se convertiam em sangue os productos da digestão, acarretados pela veia porta; era ahi a séde de uma grande actividade vegetativa; eram as anomalias da glandula a causa mais importante das alterações que apresentava a composição sanguinea, e como prova ahi temos o aphorismo—*Sanguificatio vitiatur hepate vitiato.*

A bilis era o residuo das curiosas metamorphoses que se davam na glandula; emfim era o figado um verdadeiro foco de calor.

Todas essas idéas atravessaram seculos para serem hoje confirmadas pela chimica e pelo microscopio. D'ellas nasceu o galenismo antigo: que o figado era a fonte da maior parte das molestias geraes, como a plethora, a anemia, a cachexia, a hydropisia, etc.

Para os sectarios dessa doutrina a bilis era dividida em bilis amarella e em bilis negra, produzindo aquella molestias agudas, com elevação de temperatura, e esta molestias chronicas, como apoplexia, convulsões, perturbações intellectuaes, etc.

A theoria galenica dominou sem contestação e foi ainda apoiada pelas descobertas de Harvey, até 1622, épocha em que a descoberta dos chyliferos por Asselli e Pecquet sustaram o seu curso.

Foi nessa mesma occasião que Bartholin, precipitando-se em suas deducções, creou para o figado, o seu ironico epitaphio—*Siste, viator, clauditur hoc tumulo qui tumulavit plurimos, etc.*

O figado desceu do pedestal em que o havia collocado a eschola de Galeno e nada mais lhe concederam do que a secreção da bilis.

Appareceram depois os iatro-chimicos e physicos que tudo confundiram, creando para a physiologia e pathologia hepatica uma épocha de verdadeira apathia, até que Morgagni estabelecesse as bases para estudos e observações que hoje apresentam a chimica e o microscopio, de sorte que hoje sabemos que o figado secreta a bilis, tem parte na genese do sangue, na transformação dos productos albuminoides da digestão, formando, no estado physiologico, assucar, inosita, hypoxantina, uréa, e, no estado pathologico, leucina e tyrosina. Alem disso nos são hoje patentes algumas das mudanças intimas que se produzem na textura do figado, como a natureza da scirrhose e da hypertrophia gordurosa.

A sciencia moderna faz, pois, reviver, em parte as idéas galenicas e apaga, para sempre, o celebre epitaphio de Bartholin, pois o figado é um centro de actividade organica e um verdadeiro foco de calorificação.

Bem póde ser que a determinação das applicações therapeuticas ás lesões hepaticas seja a ultima palavra que a sciencia tenha de proferir.

## Do diagnostico das molestias do figado e do seu tratamento.

Não obstante os progressos que tem tido a arte do diagnostico, e muito embora tenha feito a sciencia moderna conquistas muito valiosas no dominio da pathologia hepatica, é, comtudo, nas molestias do figado que o pratico o mais adestrado encontra-se, muitas vezes, nos maiores embaraços.

É na maior parte das molestias deste orgão que a therapeutica a mais escolhida é quasi sempre improficua.

As lesões hepaticas, tendo, quasi sempre, um começo insidioso e uma marcha das mais lentas, é, de ordinario, em um periodo já muito adiantado, que o doente recorre á therapeutica, trazendo assim para o pratico difficuldades que seriam talvez nullas, se a molestia fosse observada desde o seu começo.

Alem disso a região profunda que occupa o figado na cavidade abdominal, collocando o pratico na necessidade de procural-o pela percussão e apalpação, através da espessa parede do ventre e das ultimas costellas e ainda a vizinhança de orgãos, cujas molestias podem apresentar um cortejo de symptomas, em quasi tudo identico aos symptomas proprios das lesões hepaticas, são circumstancias que concorrem para a difficuldade do diagnostico e do tratamento das molestias do figado.

Todavia os conhecimentos da anatomia e da posição da glandula no hypochondrio direito, no estado physiologico, a anamnese e os diversos processos exploratorios, executados com as regras necessarias, assim como o concurso de um certo numero de symptomas que soem apresentar-se e que, si não trazem o cunho da certeza, dão-nos, ao menos, muitas probabilidades para crer em uma lesão hepatica, são um auxilio poderoso que póde, até um certo ponto, remover as difficuldades.

O pratico póde reconhecer que o figado é a séde de uma entidade morbida e ignorar completamente qual das especies do quadro pathologico tem sua séde nessa glandula, donde a divisão do diagnostico em absoluto e differencial, determinando o primeiro se o figado é ou não pathologico e o segundo a sua nosologia.

---

## PRIMEIRA PARTE.

No diagnostico absoluto das molestias do figado deve-se considerar symptomas de duas ordens: uns locaes e outros geraes.

Aos primeiros pertencem a dôr e as modificações de volume, fórma e consistencia do orgão; aos ultimos a ictericia e as perturbações funccionaes, determinadas pelas molestias hepaticas e impressas aos diversos orgãos da economia, como perturbação da digestão, da circulação, da respiração, das secreções, da innervação e da nutrição.

### Symptomas locaes.

Dôr.—A dôr é um dos symptomas mais communs das molestias do figado.

Ella póde faltar em muitas affecções, taes como nos abcessos chronicos, na scirrhose, nos kystos, e, ás vezes, até mesmo no cancer, predominando de tal modo em outros, que, por isso, tem sido considerada molestia á parte, sob o nome de colica hepatica.

Ora ella apparece desde o começo, ora depois que outros symptomas locaes ou geraes já têem apparecido e determinado o diagnostico de uma lesão hepatica.

É no hypochondrio direito que habitualmente a dôr apparece, podendo assestar-se igualmente em outros pontos.

Ella póde existir em uma grande extensão, occupar todo o hypochondrio direito, a parte inferior do thorax, ou circumscrever-se

á região epigastrica, bem como a um ponto mais ou menos limitado do hypochondrio direito, ao bordo cartilaginoso das costellas correspondentes, á parte lateral direita do thorax ; posteriormente, do mesmo lado, na vizinhança da columna vertebral superiormente, de modo que póde ser confundida, em certos casos, com as dôres dorsaes da phthisica : no hypochondrio esquerdo, ou finalmente no umbigo e nos flancos.

Outras vezes, ella apparece em pontos mais ou menos afastados da região hepatica, como a espadoa direita, podendo ir até ao braço e mão. Andral offerece um exemplo deste genero em seu doente de cancer hepatico. O mesmo autor ainda refere casos de cephalalgias sympathicas nas molestias do figado.

Alguns consideram a dôr que vai do hypochondrio á região cardiaca como signal de molestia da glandula.

É preciso ter-se o cuidado de não referir ao figado dôres que se ligam a lesões vizinhas deste orgão, como peritonites parciaes, adherencias antigas, phlegmasias agudas ou chronicas do pyloro, do começo do duodenum, uma nephrite, tumores collocados entre o rim e o figado, sob o epiploon-gastro-hepatico, e o pleuriz diaphragmatico.

Em todas essas affecções as funcções do figado podem ser perturbadas sem que elle esteja doente, o que exige maior attenção para evitar o erro.

Do mesmo modo que a séde variam os caracteres e a intensidade da dôr. Ora fixa, vaga e movel, ora surda e obtusa, ou aguda e lancinante ; umas vezes contínua e outras intermittente, ella offerece muitas vezes alternativas de remittencia e de exacerbação. Em certos doentes é sómente durante a marcha que ella se manifesta ; em outros apparece durante o decubito lateral direito ou esquerdo. Ás vezes, é espontanea e não se augmenta pela pressão ; outras vezes, ao contrario, a pressão a exaspera ou a faz apparecer.

Modificações do volume. — Como já vimos, as molestias hepaticas se acompanham: ora de augmento, ora de diminuição do volume do orgão, e em certos casos este conserva seu volume habitual.

As modificações de volume podem ser em todos os pontos, ou póde um lobulo sómente ser augmentado ou diminuido, emquanto o outro permanece no estado normal; emfim, um lobulo póde ser mais desenvolvido, emquanto o outro, ao contrario, é menor do que no estado physiologico.

Quando o augmento de volume é consideravel, revela-se sufficientemente pela simples inspecção.

Modificação da fórma. — O figado póde conservar sua fórma normal, sem que por isso se possa concluir que elle está são: muitas vezes, carcinomas ou echinococos, assestando-se no seu interior, adquirem um grande desenvolvimento, sem que por isso se tenha alterado a fórma do orgão.

A reciproca tambem é verdadeira, porquanto, numerosas mudanças póde apresentar o figado em sua fórma, e, não obstante, gozar de perfeito estado physiologico. A fórma irregular que apresenta a glandula no estado physiologico póde tornar-se regular no estado pathologico. É preciso um exame circumspecto de tudo o que se acha mais ou menos ligado ao caso particular que se quer conhecer, e a eliminação exacta de todas as causas de erro, para se poder chegar ao diagnostico certo.

Modificação da consistencia. — A consistencia do figado, que é de um molle resistente no estado de saude, póde, no estado pathologico, tornar-se duro ou de um molle menos resistente do que no estado normal.

## Symptomas geraes.

**Ictericia**. — A ictericia é um symptoma muito importante das molestias do figado ; porém sua existencia, longe de ser constante, póde dar-se em todas estas molestias, assim como póde faltar em todas ellas.

Caracterisa-se a ictericia pela coloração amarella da pelle, dependente, ou da passagem da materia corante da bilis no sangue (ictericia hepatogena), ou da transformação do pigmento sanguineo em principios semelhantes á biliverdina (ictericia hematogena), pois nem sempre a ictericia é causada pela retenção da bilis no figado, podendo tambem ser devida á transformação da materia corante do sangue em materia corante da bilis, como demonstraram Virchow, Hoppe-Seyler e Kühne, provocando uma ictericia artificial pela injecção, no sangue de animaes, de substancias susceptiveis de dissolver os globulos sanguineos como o ether e o chloroformio.

A ictericia é ora geral, ora parcial ; ás vezes, invade todos os liquidos e tecidos da economia, até os ossos, segundo Landré-Beauvais; outras vezes limita-se ás scleroticas, azas do nariz, labios e bochechas.

A côr da ictericia é, o mais das vezes, de um amarello francamente claro ou pronunciado, mais raramente esverdeada ou mesmo de um verde escuro pardacento, que lhe tem dado o nome de ictericia negra.

A intensidade da còr icterica é variavel, póde augmentar ou diminuir durante a molestia, da qual ella é symptoma.

É opinião de alguns autores que a ictericia occasiona um prurido muito vivo na pelle, produzindo-se, algumas vezes, em sua superficie, uma descamação furfuracea.

As materias fecaes dos ictericos podem ser descoradas. As ourinas, que são menos abundantes que no estado normal, tornam-se espessas, amarellas ou avermelhadas, e dão, pela mistura com o acido sulphurico, um precipitado esverdinhado. Este ultimo caracter é sufficiente para differençar a ictericia de outras colorações amarellas que a podem simular, taes como a côr amarella da cachexia saturnina, a còr amarella pallida das molestias cancerosas, a còr terrosa das febres intermittentes e algumas affecções visceraes chronicas e a coloração da chlorose.

A ictericia não se manifesta com a mesma frequencia em todas as molestias do figado. As lesões do apparelho biliar são as que, mais vezes, dão lugar á sua producção; as inflammações agudas e congestões irritativas do parenchyma hepatico são mais frequentemente acompanhadas de ictericia do que as congestões mecanicas e passivas, como a hypertrophia e a scirrhose, onde ella é muito rara. É ainda mais commum nos casos em que o tecido hepatico é comprimido por produções neoplasicas, como o cancer e pelos acephalocystos.

Quanto ao valor diagnostico da ictericia, diremos que a sua ausencia não nos autorisa a excluir uma affecção do figado, assim como a sua presença nos permittirá a suspeita de uma molestia hepatica, comtanto que, por um estudo attento de todos os outros symptomas, tenhamos adquirido a certeza de que ella não se refere a nenhuma lesão estranha ao figado, como sejão o cancer do estomago, a dysenteria dos paizes quentes, a febre amarella, etc.

## Perturbações funccionaes.

As affecções hepaticas acompanhão-se quasi sempre de perturbações funccionaes, as quaes, muitas vezes, constituem, por si sós,

uma preciosa inducção para o diagnostico, quando faltem ou sejão pouco pronunciados os symptomas locaes. Vejamos o que de mais notavel apresentão essas perturbações.

Perturbações do apparelho digestivo.— Ás diversas molestias do figado acompanham quasi constantemente alterações no apparelho digestivo, quer essas alterações sejão consequencia da lesão, quer sejão o seu ponto de partida.

Os phenomenos morbidos, que mais nos impressionam, são a diarrhéa ou a constipação, o emmagrecimento, a anorexia, as digestões laboriosas, as flactuosidades, a saburra da lingua, que é larga e humida, a hematemese e a melena, phenomenos estes que, para terem valor diagnostico, necessitão de ser excluidos das lesões do apparelho digestivo.

Perturbações do apparelho circulatorio.— As perturbações da circulação, segundo Andral, são sympathicas ou mecanicas. As sympathicas referem-se ao coração e ás arterias, as mecanicas a certas partes do systema venoso (systema da veia porta).

*Perturbações sympathicas.*—Exceptuando-se a hepatite aguda, todas as outras molestias do figado podem existir sem febre. Muitas vezes, o pulso é frequente e a temperatura é normal; outras vezes, um movimento febril mais ou menos intenso, ora continuo, ora irregular, com exasperação, muitas vezes, dos symptomas locaes, é o que se nota em sua marcha.

Portal chama a attenção para as febres intermittentes que quasi sempre acompanham as lesões organicas da glandula hepatica.

*Perturbações mecanicas.*—As molestias do figado e com especialidade a scirrhose, impedindo a livre circulação do sangue no parenchyma hepatico, e, consecutivamente, a volta deste liquido na cava inferior, dão origem á ascite, que apresenta-se antes do

edema dos membros inferiores e da anasarca, caracter este que bastaria por si só para o diagnostico differencial entre a hydropisia ligada a uma affecção do figado e a que depende de lesões do coração; nestas a ascite é consecutiva ao edema dos membros inferiores, edema que, na molestia de Bright, geralmente começa na face.

É preciso attenção para não tomar como effeito de uma lesão hepatica uma ascite dependente de uma peritonite simples ou tuberculosa; na peritonite simples a ascite é precedida e acompanhada de dôres vivas abdominaes que se exasperam pela menor pressão; ha vomitos pouco abundantes, porém repetidos; o pulso é pequeno, filiforme, a face é contrahida; na peritonite tuberculosa, a marcha vagarosa e insensivel da ascite faz que o doente sómente a sinta quando o grande desenvolvimento do ventre se manifesta e é denunciado pelas roupas que se tornam apertadas. Ha diarrhéa, emmagrecimento e movimento febril, mais pronunciado á noite.

Nota-se pela apalpação tumores molles, largos, achatados, devidos quer a azas intestinaes, quer a massas tuberculosas. Examinando-se os pulmões encontrar-se-ha quasi sempre tuberculos.

Muitas outras causas podem determinar a ascite, como sejam tumores do estomago e do pancreas que comprimem a veia porta; o cancer do peritoneo ou do epiploon, mas em todos esses casos um estudo attento de todos os symptomas bastaria para esclarecer o diagnostico.

Perturbações do apparelho respiratorio.—A respiração perturba-se sympathica e mecanicamente. Perturba-se sympathicamente em certos casos de hepatite suppurativa, onde póde-se observar uma pequena tosse sêcca, que não póde ser attribuida a molestia alguma concomitante dos pulmões ou dos bronchios; mecanicamente, quando a glandula por seu augmento de volume para cima

recalca o diaphragma, e então existe uma dyspnéa mais ou menos pronunciada, e, ás vezes, mesmo hemoptyse. Emfim a respiração perturba-se quando dos movimentos respiratorios provêm dôr na região hepatica.

Perturbações das secreções.—A saliva, o leite, o suor e sobretudo as ourinas podem alterar-se durante uma affecção hepatica. A bilis desviada do seu curso normal póde apparecer nas diversas secreções. O assucar e a albumina são muitas vezes observados nas ourinas no curso de uma affecção do figado.

A leucina e a tyrosina, a xanthina e a hypoxanthina são ainda principios cuja presença nas secreções têm sido demonstrada, em algumas molestias da glandula hepatica.

Perturbações da innervação.—O delirio e as convulsões são os phenomenos que se apresentam durante o curso de algumas affecções hepaticas.

A tristeza, a hypochondria acompanham algumas lesões do figado, e das molestias deste orgão aquellas que mais determinam perturbações nervosas são as hepatites.

Perturbações da nutrição.—As molestias do figado trazendo perturbações para os diversos apparelhos e com especialidade para o apparelho digestivo, é facil de comprehender os desarranjos que d'ahi podem provir para a nutrição. Os antigos já conheciam uma phthisica hepatica; hoje, porém, tem-se observado que a magreza dependente de molestias do figado não attinge as proporções da magreza da tuberculose.

## SEGUNDA PARTE.

# Diagnostico differencial das molestias do figado e seu tratamento.

## CAPITULO I.

**Congestão**. —Recebendo o figado sangue arterial por uma arteria pouco volumosa, a arteria hepatica, e sangue venoso por um vaso, ao contrario, muito volumoso, a veia porta, e, além disso, possuindo um apparelho vascular que o colloca em relações especiaes com o tubo digestivo, orgãos thoracicos e centros nervosos, está, por isso mesmo, mais do que nenhum outro orgão, exposto a hyperemias.

Diariamente é o figado a séde de uma fluxão que poderemos chamar physiologica, visto dar-se em condições normaes. Esta fluxão depende de uma pressão mais consideravel do sangue sobre as paredes da veia porta, durante cada digestão.

Nos individuos grandes comedores e bebedores, ella prolongando-se além do natural e repetindo-se muitas vezes, torna-se permanente e deixa de ser physiologica.

A fluxão hepatica ainda é produzida pelo relaxamento do parenchyma da glandula que nesse caso não póde mais impedir a dilatação dos capillares e oppôr uma resistencia conveniente á onda sanguinea no seu interior. Esse relaxamento póde ser devido ao

traumatismo, a inflammações, a neoplasias vizinhas e á ingestão de substancias irritantes, como os condimentos, o alcool, os miasmas palustres; certos venenos, como o phosphoro, o chumbo, etc.

Na categoria de causas ainda collocão-se: a suppressão do fluxo catamenial ou hemorrhoidario, a syphilis e as emoções moraes.

A congestão por stase ou passiva é muito mais frequente do que a congestão por fluxão ou activa e depende de causas de ordem diversa d'aquellas que determinam a congestão por fluxão. Na pathologia cardiaca e pulmonar é que mais frequentemente encontramos essas causas.

Sabemos que o sangue que sahe do figado para a veia hepatica tem de percorrer um duplo systema capillar e que, portanto, tem de correr em um espaço muito mais amplo, donde pressão muito fraca sobre as paredes das veias hepaticas. Mas isto é compensado pela quasi nulla resistencia que offerece, no estado normal, a veia cava, no ponto em que recebe o conteúdo da veia hepatica, de sorte que o sangue póde chegar livremente na auricula vasia, durante cada inspiração. Desde, porém, que ha modificações nessas condições favoraveis para o curso do sangue, como sejão augmento de resistencia na veia cava, o sangue accumula-se no figado. Esse augmento de resistencia é devido á não deplecção da auricula direita. Portanto, nas lesões valvulares do coração, como insufficiencia e estreitamento mitraes; nas lesões de sua textura e nas lesões do pericardio, bem como em certas molestias agudas e chronicas dos pulmões, como o emphysema, derramamento pleuritico e tuberculose; e na compressão da veia cava por tumores, como a aortectasia, encontramos as causas de hyperemia por stase.

Symptomatologia. — A dôr, rara na congestão hepatica, quando existe é obtusa e póde augmentar-se pela pressão e movimentos bruscos; o augmento de volume é constante, o orgão augmentado póde exceder o rebordo costal, de alguns centimetros, e então, pela

apalpação e percussão sente-se a superficie lisa da glandula, assim como uma certa resistencia e tensão do hypochondrio direito, onde o doente sente um peso.

Como alterações do apparelho digestivo nota-se fastio, nauseas e mesmo vomitos, constipação ou diarrhéa, havendo polycholia. Póde haver tosse, quer reflexa, quer por compressão, e neste caso ha dyspnéa. O decubito lateral esquerdo causa anciedade. Algumas vezes, ha febre, cephalalgia e outros symptomas proprios das inflammações em geral. Raramente apparece uma ligeira ictericia que é quasi sempre devida a catarrho duodenal.

Na congestão chronica todos estes symptomas são menos accentuados e ha ausencia de phenomenos sympathicos.

Diagnostico. —Conhecidos os symptomas, facilmente distingue-se a congestão da hepatite aguda e do engorgitamento bilioso do figado. Na hepatite aguda os symptomas são mais intensos, no engorgitamento bilioso ha sempre ictericia que é rara na congestão simples. Além disso esse engorgitamento sendo devido ordinariamente a calculos biliares, a colica hepatica será o elemento do diagnostico. Emfim da judiciosa apreciação das causas depende a facilidade de evitar o erro.

Tratamento.—No tratamento da congestão do figado deve-se attender ás causas, removendo-as o mais depressa possivel, se ainda actuam. Assim aos grandes comedores e bebedores deve-se prescrever uma boa hygiene alimentar, prohibindo o abuso dos prazeres da mesa.

Nas fluxões ligadas á suppressão de fluxos hemorrhoidarios ou catameniaes, deve-se recorrer a ventosas escarificadas ou sanguesugas na parte superior das coxas. Nas fluxões dependentes de origem miasmatica, o emprego da quinina é racional.

A applicação de sanguesugas no anus e a prescripção de leves purgativos é de um grande proveito na congestão aguda.

As sanguesugas no anus obram como a sangria geral. A sua applicação nessa região é preferivel, porque deplectando o systema hemorrhoidario, deplecta conseguintemente o systema porta, do qual elle é tributario, e descongestiona a glandula. Se, pelo contrario, fossem applicadas no hypochondrio, poderiam trazer inconvenientes pelo grande numero que seria preciso, ao passo que um pequeno numero de ventosas consegue perfeitamente o nosso *desideratum*.

Havendo diarrhéa, esta póde, por si só, descongestionar o orgão, e por isso não se deve supprimil-a logo.

O emprego do calomelanos, seguido do emprego de oleo de ricino, tem sido aconselhado como trazendo grande utilidade. O calomelanos, por sua acção choleagoga, reune no duodeno, a bilis e o oleo de ricino, por sua acção purgativa, expulsa-a do organismo.

As pomadas de belladona, iodureto de potassio e cicuta na região hepatica e o uso simultaneo de poções diuréticas e desobstruentes formam uma therapeutica poderosa.

Quando falhem todos estes meios deve-se recorrer a ventosas escarificadas, fricções com tinctura de iodo e mesmo vesicatorios na região hepatica.

Na congestão chronica póde-se recorrer ao mesmo tratamento que na congestão aguda, porém aquelle que verdadeiramente aproveita é o tratamento thermal ou a hydroterapia por duchas frias.

## CAPITULO II.

**Hypertrophia do figado.**—Hypertrophia é o augmento de volume do orgão pela addição dos elementos constituintes normaes, resultado da exageração do movimento nutritivo normal dos tecidos.

Na hypertrophia, por conseguinte, ha proliferação da materia organica, sem alteração da fórma dos elementos cellulares.

Quando o figado augmenta momentaneamente de volume, não ha senão hyperhemia, mas quando esse augmento é permanente e traz alteração da substancia propria, nesse caso ha hypertrophia, que depende ou de uma cachexia palustre, de uma hepatite chronica, n'aquelles que têm vivido nos paizes quentes, ou de certas molestias organicas, cancerosas ou parasitarias, que, em torno de si, produzem hyperhemia chronica.

A hypertrophia ainda póde depender de certos casos de leucocytose, dita hepatica e da steatose devida á tubercularisação pulmonar.

O figado hypertrophiado excede ás falsas costellas ou faz saliencia junto do sternon, conforme o augmento é sobre o grande lobo, sobre o pequeno lobo ou sobre o orgão inteiro. Applicando-se sobre elle a mão, sente-se uma superficie lisa, indolente, ou pouco dolorosa. Pela percussão, póde-se limitar, com precisão, a área por elle occupada, bem como as suas verdadeiras dimensões.

Poder-se-hia confundir a hypertrophia com a congestão e a hepatite chronica, se não fossem as causas e o resultado obtido pela therapeutica nestas molestias, emquanto aquella mostra-se rebelde ao tratamento. Demais a hypertrophia apresenta symptomas muito limitados: as funcções que se perturbam na congestão e na hepatite, permanecem intactas na hypertrophia, que, por excepção, póde ser acompanhada de ictericia, devida a algum catarrho duodenal concomitante.

Tratamento.— O tratamento aconselhado consiste no emprego das aguas alcalinas *intus et extra*, a hydrotherapia, os desobstruentes, os purgativos salinos e os revulsivos.

## CAPITULO III.

**Hepatites.**—Chama-se hepatite a inflammação do parenchyma do figado.

Divide-se a hepatite em hepatite parenchymatosa diffusa, hepatite parenchymatosa circumscripta e hepatite intersticial ou scirrhose (*).

A hepatite parenchymatosa diffusa generalisa-se sobre todo o parenchyma do figado: a hepatite circumscripta accommette porções limitadas do orgão.

A scirrhose ou sclerose hepatica é uma lesão caracterisada por uma exuberancia de tecido conjunctivo intersticial, em seu começo, e por uma retracção desse mesmo tecido—posteriormente.

**Hepatite circumscripta ou suppurativa.**—A hepatite suppurativa ou verdadeira é uma lesão endemica dos paizes quentes, que raramente desenvolve-se nos paizes frios e temperados.

O traumatismo da região hepatica, comquanto raro, é, não obstante, uma causa que póde produzir a affecção de que tratamos. As feridas da cabeça, as das extremidades, dependentes de operações cirurgicas, têm sido collocadas no quadro da etiologia da hepatite circumscripta, por alguns autores que firmam-se na theoria das metastases, bem como por aquelles que, como Magendie e Virchow, creem na existencia de thrombus na arteria e veias hepaticas, dependentes dessas feridas.

As relações que prendem o figado ás vias gastro-intestinaes teem induzido alguns a considerar as inflammações e ulcerações dessas

(*) Os autores descrevem uma 4ª hepatite de causa syphilitica da qual trataremos no fim d'este capitulo.

vias como causas determinantes da hepatite circumscripta. Consiram uns que a inflammação propaga-se ao figado pelos canaes biliares (Andral e Broussais), e outros com Ribes, acreditam na propagação pela veia porta.

Diversos autores consideram a dysenteria como uma causa muito commum da hepatite. Budd crê na absorpção de liquidos e gazes fetidos, provenientes de ulcerações intestinaes, que iriam irritar a glandula. Inquestionavelmente é o miasma palustre a causa mais commum da hepatite circumscripta, nos paizes onde principalmente se dão bruscas mudanças de temperatura. Em 10 doentes de hepatite, observados por Dutroulau, a molestia principiou em 9, por um accesso intermittente.

Calculos biliares, vermes lombricoides e mesmo corpos estranhos e alimentos excitantes, são tantos outros casos que determinam a hepatite circumscripta.

Symptomatologia. — Na fórma aguda os symptomas podem ser francos, e é o mais commum, ou insidiosos e então dão á molestia a fórma sub-aguda.

Diz Dutroulau que na fórma franca, sobre 10 doentes, 9 principiam por sentir calefrios, prostração, dôr no hypochondrio direito, exasperando-se pela pressão e pela inspiração, surda, profunda, ás vezes viva, lancinante, podendo ir do hypochondrio ao epigastro, ao lado direito do peito, ao pescoço e espadua direita. Pela percussão e apalpação nota-se augmento de volume do orgão.

Como symptomas geraes, nota-se febre que começa com caracter intermittente; o pulso é duro, cheio e frequente, apresentando, ás vezes, até 140 pulsações e deprimindo-se mais tarde. A ictericia, rara no comêço, apparece do 3° ao 4° dia nas conjunctivas.

Como perturbações do apparelho digestivo — nota-se anorexia, bocca pastosa, sêde ardente, nauseas e vomitos, ás vezes; as evacuações são regulares, ou ha constipação ou diarrhéa.

Para o lado do apparelho respiratorio nota-se dyspnéa e tosse. O decubito sobre o lado esquerdo causa anciedade.

As urinas são carregadas. Este cortejo de symptomas é ás vezes acompanhado de cephalalgia e mesmo de delirio e agitação.

A fórma sub-aguda apresenta-se com estes mesmos symptomas, porém menos pronunciados. Tanto a fórma aguda, como a fórma sub-aguda podem terminar quer pela resolução, quer pela abcedação ou podem passar ao estado chronico.

Fazendo abstracção dos symptomas geraes da hepatite aguda, á qual póde succeder a hepatite chronica, nota-se que esta é caracterisada por symptomas analogos, porém de marcha lenta. A dôr é substituida por um peso no hypochondrio, a ictericia é mais rara; em compensação, o augmento de volume é constante e muito consideravel, conservando, porém, o orgão sua fórma normal.

Quando em uma affecção de longa duração, encontramos augmento de volume do figado, ictericia e dôr, temos muitas razões para crêr em uma hepatite chronica.

A diminuição gradual dos symptomas indicão a resolução da inflammação, mas isso infelizmente é raro; o que se nota mais commummente, é a mudança na febre, do typo continuo para o typo intermittente; do pulso cheio, frequente e duro para o pulso pequeno e concentrado, e augmento na intensidade da dôr; mudanças essas que reunidas á contracção da face, denotão a formação de pús no interior do orgão.

Nem sempre existe essa franqueza nos caracteres da abcedação, pois, algumas vezes, ella segue uma marcha enganadora, e então a dôr diminue muito de intensidade, e o figado póde não apresentar augmento de volume, porque os abcessos ou são pequenos ou proeminam, quer para o abdomen, quer para o thorax.

No primeiro caso póde acontecer que o abcesso possa ser sentido

pelos dedos, que, achando fluctuação, teem assim uma preciosa inducção para o diagnostico.

O pús, depois de formado no interior do figado, ou é absorvido e a caverna fecha-se, marcando o seu lugar uma cicatriz, ou então rompe-se a caverna, e elle é lançado, ou em uma das cavidades vizinhas ou no exterior, quer pela parede abdominal, depois de estabelecidas adherencias, quer por uma das vias digestivas, por meio de vomitos ou de evacuações, se a caverna abrio-se no estomago ou nos intestinos.

Quando a communicação se faz com uma das cavidades vizinhas, esta póde ser ou a cavidade do peritoneo ou a das pleuras, opinando alguns que a passagem do pús póde-se fazer tambem para a cavidade do pericardio.

Uma peritonite, um pleuriz ou uma pericardite são as graves consequencias que dahi proveem.

Diagnostico.— O diagnostico da hepatite suppurativa apresenta embaraços em consequencia da pouca constancia dos symptomas, da ausencia de signal pathognomico e das complicações que pódem sobrevir em seu curso.

Segundo Louis, temos muita razão para diagnosticar uma hepatite, todas as vezes que houver ictericia acompanhada de dôr no hypochondrio e precedida de uma invasão febril, renovando-se os calefrios, persistindo a febre no curso da molestia e apresentando o figado augmento de volume ou sómente uma tensão notavel do hypochondrio.

A hepatite suppurativa manifesta-se por si mesma, quando já não é conhecida, todas as vezes que, havendo abcesso, este rompe-se e o pús é lançado fóra, quer através das paredes abdominaes, quer pelas vias digestivas, quer pelos bronchios. Então sobrevêm allivio na região hepatica, e o pús que sahe é caracteristico, se é misturado á bilis ou a elementos do tecido hepatico.

Esses abcessos poderiam ser confundidos com os abcessos das vias biliares, porém nos casos de cholecystite suppurada, ha, ordinariamente, calculos misturados com o pús e, como antecedente, colica hepatica.

Um abcesso do figado póde formar um tumor pulsatil profundo, apresentando ruido de sopro, e ser assim tomado por uma dilatação da aorta abdominal. Os antecedentes etiologicos podem esclarecer o diagnostico.

A hepatite aguda facilmente se confunde com varias affecções, que passamos a examinar.

A congestão hepatica é muitas vezes acompanhada de dôres vivas, quer espontaneas, quer determinadas pela pressão, e ao mesmo tempo de um desenvolvimento do orgão, sem mudança de fórma, o que, muitas vezes, tem induzido ao diagnostico da hepatite aguda. Póde-se evitar o engano, dirigindo-se a attenção para o apparelho cardio-pulmonar, cujas affecções, ordinariamente, sam o ponto de partida das congestões do figado.

A pneumonia direita, franca, com escarros caracteristicos e signaes stethoscopicos bem accusados, não póde ser confundida com a hepatite ; mas quando a pneumonia é acompanhada de ictericia, febre intensa e dôr no rebordo das costellas, como acontece nos velhos, então a confusão póde dar-se, e neste caso deve-se attender para a idade do individuo e outros dados etiologicos.

O pleuriz diaphragmatico com ictericia póde fazer crêr em uma hepatite, porém a intensidade da dyspnéa é de grande valor para o esclarecimento do diagnostico.

A gastrite só poderia confundir-se com a hepatite circumscripta, quando os symptomas fossem pouco salientes, e quando o pratico não ligasse importancia aos vomitos incessantes daquella e á tensão do hypocondrio nesta.

A hepatite diffusa distingue-se da hepatite suppurativa pelos

phenomenos graves, ataxo-adynamicos, hemorrhagias, etc. que seguem o seu principio insidioso.

A retenção da bilis na vesicula fórma um tumor, que facilmente póde impôr-se por um abcesso, mas a fluctuação desde o principio, as colicas hepaticas precedentes e a ausencia do augmento de volume fazem excluir o abcesso.

O abcesso hepatico ainda póde confundir-se com o cancro encephaloide, quando este, tendo algum ponto amollecido, dá a sensação da fluctuação, mas o cancro apresenta uma cachexia e côr particular, que, reunidas ás elevações e depressões na superficie da glandula, fazem excluir o abcesso.

Emfim a puncção exploradora prestará grande auxilio, quando não bastem os outros signaes, e quando o pús esteja colleccionado e não infiltrado no tecido do figado, como tem acontecido.

Tratamento.—Na hepatite circumscripta, quando o estado geral do individuo permittir e quando a dôr fôr intensa e a dyspnéa consideravel, deve-se recorrer á sangria geral ou á applicação de sanguesugas no anus e ventosas escarificadas no hypochondrio; a fricções, nessa mesma região, com pomada mercurial; a purgativos, e de preferencia, ao calomelanos, excepto quando houver irritação do estomago, ou quando a hepatite fôr ligada á dysenteria.

Esta é a therapeutica adoptada na hepatite circumscripta aguda. Nas outras fórmas recorre-se aos laxativos e vesicatorios. Jaccoud aconselha o iodureto de potassio em altas dóses e as aguas alcalinas, nas fórmas chronicas primitivas, e apresenta como indicação fundamental, em todos os casos, a manutenção das forças do doente, pelo vinho e ferro, e a quinina, quando houver elemento palustre. O calomelanos tem sido indicado em dóses fraccionadas, para evitar a formação de pús.

Logo que fôr verificada a existencia de abcesso, este deve ser

aberto, e se elle tende para a parede abdominal, convém esperar a fluctuação superficial, que indica adherencias.

Nos casos em que se suspeite que a eliminação do pús vai se fazer por uma das vias perigosas, deve-se intervir immediatamente e por meio dos causticos, afim de estabelecer adherencias entre o figado e a parede abdominal.

Deve-se tambem, antes de ir mais longe, verificar o diagnostico por meio da puncção. Isto feito, póde-se empregar um dos tres processos conhecidos com o nome de processo de Graves, de Begin e de Recamier.

Graves dividia com o bisturi todas as camadas que formão a parede abdominal e parava a 3 ou 4 millimetros distante da collecção purulenta; enchia a ferida de fios. O pús sahia depois espontaneamente, ou sob a influencia do menor esforço.

Begin seccionava successivamente, com o bisturi, todos os tecidos, até o peritoneo. Chegado sobre esta membrana, elle a levantava com pinças, ahi praticava uma abertura, sobre a sonda canellada, a ferida era curada por meio de panno crivado, fios, compressas e uma faixa em torno do corpo, e no fim de tres dias, durante os quaes as adherencias tinhão tido tempo de se desenvolver, o cirurgião mergulhava o bisturi no abcesso.

Para determinar adherencias, Recamier empregava a cauterisação. Elle servia-se da potassa caustica que collocava no centro do tumor, em quantidade sufficiente para obter uma eschara, tendo cerca de tres centimetros quadrados de superficie. De dous em dous dias elle fazia uma nova applicação da potassa caustica, até que a acção do caustico, fazendo-se sentir sobre o peritoneo, tinha determinado a mortificação e a queda de uma parte da membrana do kysto. Recamier tinha o cuidado de manter, tanto quanto fosse possivel, a cavidade do abcesso cheio de um liquido emolliente ou um pouco excitante.

Este ultimo processo é certamente o que offerece as maiores garantias. Póde-se, no lugar da potassa, empregar, a principio, a pasta de Vienna e depois a pasta de Canquoin, que não ataca a pelle recoberta de sua epiderma. Uma vez produzidas as adherencias, póde-se atacar o kysto com um trocater, sem esperar a sua mortificação pela influencia dos causticos.

Feita a abertura é bom mantê-la por meio de uma mecha, de um drainage, on de uma sonda de gomma para que ella não se feche muito cedo. Deve-se fazer injecções com agua morna alcoolisada, iodada, phenicada, etc. Dieulafoy tem-se servido do aspirador para esvasiar os abcessos do figado.

**Hepatite parenchymatosa diffusa**. — A hepatite parenchymatosa diffusa, atrophia amarella aguda, é uma phlegmasia generalisada, produzindo ulteriormente a atrophia e a destruição rapida das cellulas hepaticas. É uma lesão muito mais frequente na mulher do que no homem. Jaccoud dá grande valor á idade de 20 a 30 annos e ao estado de gravidez como causas predisponentes da hepatite diffusa.

As emoções moraes vivas, o abuso do coito, a syphilis, o alcoolismo, o typho anterior (Frerichs) e certas condições miasmaticas, podem ser contadas como as causas determinantes mais communs.

Symptomatologia. — O começo da hepatite parenchymatosa diffusa é quasi sempre insidioso e obscuro. Ora ella é benigna; ora só depois de 3, 6, 9, 16 e mesmo depois de 20 dias é que se declaram accidentes inquietadores ; ora a gravidade apresenta-se desde o comêço e marcha com rapidez.

Neste caso, o seu começo apresenta symptomas geraes, como frios, cephalalgia, abatimento, tristeza, dôres nos membros, fraqueza extrema ; depois apparece a ictericia acompanhada de cephalalgia, ás vezes muito intensa, de insomnia, de prostração, de sêde

viva, de anorexia. Ha nauseas, vomitos, constipação ou diarrhéa; evacuações descoradas ou esverdeadas (biliosas), com cheiro fetido, como phenomenos das perturbações digestivas.

As urinas são carregadas e conteem uma grande proporção de materia da bilis.

A dôr, que do hypochondrio vai ao epigastro, é intensa, profunda, e exacerba-se pelos menores movimentos e pela pressão. A área do figado que, em alguns casos, conserva-se normal ou mesmo augmentada, em outros é mais ou menos diminuida; o baço augmenta de volume.

Depois de 2 a 6 dias apparecem phenomenos mais serios: as dôres do hypochondrio e do epigastro sam acompanhadas de ictericia, soluços e da pouca frequencia do pulso.

Sobrevém hemorrhagias, manifestando-se mais frequentemente por epistaxis, mais raramente pela hematemese. A enterorrhagia e hematuria sam raras.

Podem apparecer os accidentes cerebraes, como delirio, ora calmo, ora furioso, convulsões, paralysias parciaes, um estado comatoso com dejecções involuntarias, embaraço na respiração, frequencia extraordinaria de pulso e morte.

Diagnostico.— Difficillimo no primeiro periodo, o diagnostico torna-se mais facil no segundo, onde os symptomas sam mais accentuados.

As molestias que mais analogia teem com a hepatite diffusa sam: a febre amarella, a febre biliosa e typhoide. Blachez, que tem estudado com muita attenção a questão do diagnostico entre estas molestias, raciocina do modo seguinte: que apezar da analogia com a febre amarella, a hepatite diffusa não poderia ser-lhe assemelhada como fórma sporadica desta affecção, porquanto, se fosse admittida essa semelhança, conviria reconhecer que a mesma molestia, no estado sporadico, é quasi sempre mortifera, emquanto que no estado

epidemico, só o é em um quinto dos casos: conclusão absurda. Demais a albuminuria e a anuria da febre amarella excluem a hepatite.

O typo remittente da febre, que é intensa desde o comêço, e o augmento constante do volume do figado na febre biliosa, bastam para exclui-la. Quanto á confusão com a febre typhoide, basta lembrarmo-nos que a ictericia é um epiphenomeno excepcional nesta molestia; além disso a febre typhoide distingue-se pelo catarrho bronchico, a diarrhéa, assim como pela erupção roseolica e delirio, indicando o fundo typhico da molestia.

Tratamento.— Os purgativos brandos, a agua de Seltz, o bicarbonato de soda formam a therapeutica mais proveitosa no começo da molestia.

O calomelanos e drasticos, provocando dejecções abundantes de bilis sam aconselhados no periodo de ictericia.

As emissões sanguineas e mesmo o vesicatorio teem dado algum resultado no periodo hypertrophico.

Quando a molestia tem já tocado o periodo de gravidade, a therapeutica deve ser dirigida contra os symptomas, assim: contra os vomitos, o gelo e os sedativos; contra as dôres epigastricas, os calmantes, como o opio e as effusões frias; contra as hemorrhagias, os adstringentes, como o tannino; contra a adynamia, os tonicos, como o vinho, os amargos e os ferruginosos; contra a depressão nervosa, os excitantes, como o ether e almiscar; contra a excitação, os deprimentes, os saes de morphina.

**Hepatite intersticial ou scirrhose**.— A hepatite intersticial é, como já vimos, uma affecção caracterisada por uma proliferação do tecido conjunctivo, dando lugar a uma formação de elementos de tecidos novos.

Os prolongamentos da capsula de Glisson e o tecido conjunctivo

raro, que a une aos vasos hepaticos e ao parenchyma do figado por elles percorridos, sam a séde desta lesão.

Emquanto augmenta o tecido conjunctivo, o parenchyma propriamente dito diminue cada vez mais. Nos ultimos periodos da molestia, o tecido de nova formação torna-se a séde de uma retracção cicatricial, tendo como consequencia uma destruição parcial do parenchyma do figado. Os vasos e vias biliares obliteram-se, muitas vezes, em uma grande extensão, resultaudo a atrophia e desapparecimento de uma grande parte das cellulas hepaticas. Quando o orgão conserva seu augmento de volume, a sua superficie póde ser ou perfeitamente lisa ou então apresentar granulações formadas por tecido hepatico enucleado, como diz Jaccoud, pela retracção dos elementos fibroides.

A scirrhose ou sclerose hepatica póde ser primitiva ou secundaria. Quando primitiva, é o alcool o agente que a determina o maior numero de vezes. A syphilis e a infecção palustre, obrando como agentes irritantes, representam tambem um papel importante na etiologia da hepatite intersticial, quando primitiva.

Quando secundaria, a scirrhose parece ligar-se a affecções do coração, que determinam stase nas veias supra-hepaticas. Bamberger, Niemeyer, Frerichs e Jaccoud dizem, porém, que neste caso, o que ha é somente atrophia simples com endurecimento, e que as opiniões contrarias sam devidas á confusão que fazem quasi todos, entre a hepatite intersticial e o figado muscado atrophico.

O distincto professor Dr. T. Homem cita um caso de scirrhose devida á propagação da inflammação da pleura diaphragmatica direita ao figado, pois não havia outra causa possivel.

Symptomatologia.—Em seu começo, a scirrhose geralmente nenhum symptoma apresenta que desperte a attenção do doente ; outras vezes, porém, sam os symptomas de uma hyperhemia que se manifestam, e então ha uma tensão no hypochondrio direito, e uma dôr ligeira

acompanhada de cansaço, oppressão e embaraço gastrico ou intestinal.

Percutindo-se nota-se augmento de volume; e se pela apalpação, póde-se tocar a glandula, nota-se no seu tecido uma grande dureza, unico symptoma, que póde neste periodo excluir a congestão chronica.

No segundo periodo já a molestia é franca e o diagnostico facil, pois ja ha neoplasias do tecido conjunctivo e destruição das cellulas hepaticas, com diminuição do volume do orgão, que, reunidas aos symptomas que passamos a descrever, facilitam o diagnostico.

Uma ligeira ictericia póde apparecer em consequencia da compressão dos canaliculos biliares pelo tecido de nova formação, funccionando livremente as cellulas secretoras. Porém o mal progredindo, estas, do mesmo modo que os canaliculos, sam comprimidas, e a ictericia desapparece.

O doente apresenta então uma côr especial, amarella côr de terra, na face e pescoço, côr esta que é quasi sempre notada, ao passo que a ictericia é rarissima.

A ascite é um symptoma constante e de um grande valor para o diagnostico, se o doente refere que ella formou-se lentamente, e antes do edema dos membros inferiores, que mais tarde se infiltram, e em uma proporção não em relação com o derramamento abdominal, que póde tornar-se enorme. Ao mesmo tempo a pelle é secca e rugosa. A magreza da face, do peito e dos membros superiores contrasta com o volume exagerado da metade inferior do corpo, e especialmente do abdomen.

O ventre apresenta, em sua superficie, veias dilatadas e sinuosas. A percussão e a apalpação demonstram diminuição de volume.

Como perturbações do apparelho digestivo, nota-se o catarrho gastro-intestinal, caracterisado por anorexia, nauseas e diarrhéa. Não ha febre; as urinas sam de uma côr alaranjada pronunciada.

A ascite, a desproporção da metade superior do corpo com a inferior, a coloração terrosa da pelle e a diminuição do volume do figado constituem os mais importantes signaes da hepatite intersticial ou scirrhose.

Quando ella é simples, o seu diagnostico é facil, porém quando coincide com uma affecção do coração ou com o mal de Bright, com a hydropisia geral, então estas podem obscurecer os signaes proprios da scirrhose; porém mesmo nestes casos, a ascite da scirrhose é sempre muito mais pronunciada do que a das molestias que a complicam.

Poder-se-hia tomar por scirrhose uma hydropisia enkystada do ovario, uma peritonite tuberculosa ou um cancer do figado; porém a ascite do cancro é muito ligeira, e, demais, ha signaes proprios para todas estas molestias, que sómente a falta de attenção faria desconhecer.

A scirrhose é quasi sempre mortal, porém não na proporção estabelecida por Frerichs, de 2 curados em 1000.

Tratamento.— Se o doente procura o medico no começo de sua molestia e se esta fôr reconhecida, o tratamento será o mesmo que o da fluxão hepatica. Quando, porém, fôr no segundo periodo da affecção que o pratico tiver de prestar os seus soccorros, estes deverão ser dirigidos contra os symptomas, porque contra a propria lesão, rarissimas vezes a medicina poderá valer.

Havendo no segundo periodo prostração de forças, estas devem ser sustentadas por meios apropriados, como tonicos e uma alimentação reparadora, afim de que o tubo digestivo não seja desfavoravel ao organismo. Ao catarrho chronico das vias digestivas oppôr-se-hão os carbonatos alcalinos.

Quando houver ascite praticar-se-ha a paracentese; e contra a constipação de ventre, prescrever-se-hão os drasticos e hydragogos;

no caso, porém, de diarrhéa, é de necessidade combatel-a para evitar o enfraquecimento.

**Hepatite syphilitica.**— A glandula hepatica é aquella das visceras do corpo humano, onde mais commummente parece assestar-se a syphilis constitucional.

A hepatite syphilitica apresenta-se, ora sob a fórma inflammatoria simples (hepatite cortical e parenchymatosa), ora sob a fórma de gommas, ora dá lugar a uma degenerescencia amyloide, ora é sob o aspecto scirrhotico que ella se apresenta.

**Hepatite cortical e parenchymatosa.**— A capsula de Glisson é mais vezes atacada do que o tecido proprio da glandula e quando esta estiver alterada podemos afiançar que o envoltorio do figado tambem está. É da membrana fibrosa para o tecido glandular que marcha a inflammação, ainda que, nos casos leves, ella seja limitada á capsula e ao peritoneo peri-hepatico.

Essa phlegmasia estabelece adherencias solidas entre o figado e os orgãos vizinhos. É na face convexa que essas adherencias desenvolvem-se ordinariamente, reunindo a capsula ao diaphragma, e dando-se menos vezes na face concava para unir o figado ao colon ou ao estomago.

Segundo a maior ou menor intensidade da affecção, essas adherencias são isoladas ou confluentes. No primeiro caso a superficie da glandula apresenta placas esbranquiçadas e depressões que deformam o orgão ; no segundo, bridas fibrosas estendendo-se a toda a superficie do orgão, que toma um aspecto lobulado.

**Hepatite gommosa.**— Na hepatite syphilitica encontra-se (12 vezes sobre 24, Lancereaux) nodosidades esbranquiçadas ou amarelladas, de um volume que varia desde o de uma lentilha até o de uma noz.

O microscopio tem mostrado que as nodosidades compõe-se de gordura, de nucleos de cellulas, de cellulas e fibras de tecido conjunctivo.

Nestas duas fórmas de hepatite, o parenchyma, que escapou á lesão, conserva seus caracteres normaes e infiltra-se de um pouco de gordura. (Virchow.)

Ao lado destas duas phlegmasias especificas collocam-se a scirrhose syphilitica e o figado lardaceo.

Em muitos casos a hepatite póde passar desapercebida durante a vida. Nos casos, porém, em que o orgão apresenta augmento de volume, proeminencias e depressões em sua superficie, e quando, além disso, sabemos que houve antecedentes syphiliticos, podemos estabelecer o diagnostico de uma hepatite syphilitica.

Na opinião de Leudet, a syphilis hepatica póde ser latente ou annunciar-se por ictericia, uma dôr gravativa local, pronunciada, sobretudo durante a marcha e na estação, e por uma hypertrophia do orgão.

Tratamento. — O tratamento mixto (iodureto de potassio e mercurio) e uma boa hygiene formam a therapeutica aconselhada geralmente para a syphilis do figado.

## CAPITULO IV.

# Degenerescencias.

**Steatose ou degenerescencia gordurosa do figado.** — A gordura póde apparecer no figado de dous modos: ou um excesso de gordura é levado pelo sangue da veia porta ás cellulas hepaticas e ahi se deposita, ou certos processos pathologicos do parenchyma

do figado, perturbando a nutrição das cellulas hepaticas, estas soffrem uma metamorphose regressiva, durante a qual, granulações gordurosas desenvolvem-se no seu interior.

Bowman foi o primeiro que mostrou que a degenerescencia gordurosa dependia da secreção de uma grande quantidade de materia gordurosa, reunida nas cellulas hepaticas, que tornam-se mais volumosas.

O figado póde apresentar um grande numero de granulos de gordura sem que por isso haja incompatibilidade com o estado de saude.

A etiologia da steatose hepatica está ligada a condições que enfraquecem a acção vital do orgão, não se oppondo, todavia, á assimilação dos hydrocarburetos.

As condições que augmentam a entrada da materia gordurosa no sangue e as que se oppõem á sua excreção sam tambem causas que determinam esses depositos; assim uma alimentação muito substancial, os alcoolicos e todas as bebidas ricas em carbono, nos individuos que fazem pouco exercicio, activam o desenvolvimento desta affecção.

A phthisica pulmonar sobretudo, e a dysenteria, a pneumonia e o pleuriz constituem causas da steatose hepatica.

Alguns autores procuram explicar a relação entre a phthisica e esta affecção pelo obstaculo á respiração, tendo por effeito uma oxydação incompleta dos hydrocarburetos e sua transformação em gordura.

Niemeyer acredita que o oleo de figado de bacalháo, de que fazem uso os phthisicos, tem alguma influencia na pathogenese do figado gorduroso.

A affecção de que tratamos, estando quasi sempre ligada a uma outra affecção, os seus symptomas sam muitas vezes mascarados pelos symptomas das lesões concomitantes, ou que sam o ponto de partida da steatose.

De ordinario faltam perturbações geraes, que, quando existem, assestam-se commummente no apparelho digestivo, e então a anorexia e a difficuldade de digestão, a diarrhéa e a constipação sam os phenomenos que se observam. O baço conserva o seu volume normal.

No começo o figado é quasi sempre augmentado de volume e raras vezes diminuido.

Pela apalpação, quasi sempre notamos o bordo anterior do orgão liso, macio e sentimos debaixo dos dedos um corpo que deixa-se deprimir facilmente e apresenta uma certa molleza.

Não obstante a difficuldade que commummente existe no diagnostico desta lesão, ha todavia alguns caracteres pelos quaes podemos fazer um juizo certo da molestia; assim, o augmento exagerado do volume do orgão, a falta de perturbações geraes, a sensação de um corpo macio e as causas bastam para excluir os abcessos, o carcinoma e a degenerescencia amyloide, que, pelo grande augmento de volume que apresentam, poderiam difficultar o diagnostico.

Tratamento. — Quando a lesão depender de outras affecções é contra estas que deve-se dirigir a therapeutica. No mais o tratamento consiste em combater as causas, prohibindo o abuso dos alcoolicos e a ingestão de grande quantidade de substancias gordurosas, aconselhando-se o exercicio e a hydrotherapia.

Deve-se em resumo activar as funcções pulmonares e hepaticas.

**Degenerescencia ceruminosa, lardacea, colloide, amyloide do figado.** — A degenerescencia ceruminosa, denominada lardacea por Portal em 1813; colloide por Oppolzer; amyloide por Virchow, e cholesterinica por Meckel em 1853, é uma affecção cuja natureza intima não é conhecida. Bennett foi o primeiro que a estudou no microscopio em 1845 e acha que a denominação de degenerescencia cerosa é a mais conveniente.

Esta lesão apresenta, pela acção do iodo, uma reacção de um vermelho intenso, que, tratada pelo acido sulphurico, passa á violeta desmaiada e algumas vezes ao azul.

Os antigos a confundiam com a hyperhemia, a hypertrophia, a inflammação e o cancer. Portal attribuia-lhe a natureza lymphatica.

Foi Rokitansky o primeiro que a estudou (1846), separando-a das affecções com as quaes era confundida. As reacções que apresentou pelo iodo fizeram com que Virchow a collocasse entre os hydrocarburetos, ao passo que Meckel achava nella uma certa semelhança com a cholesterina. Porém a impossibilidade da producção de gordura e de cholesterina, bem como a impossibilidade de transformação desta substancia amylacea em hydrocarburetos, como o assucar, por exemplo, impedem que estas duas opiniões sejam applaudidas pela sciencia, que tem diante de si um problema que ainda se ha de resolver.

A degenerescencia amyloide é muitas vezes acompanhada do estado gorduroso do figado, principalmente nos phthisicos. A scirrhose a acompanha, algumas vezes, e é nessas scirrhoses que o figado torna-se volumoso.

Combina-se constantemente com as hepatites syphiliticas, com as lesões osseas, o mal de Bright, a escrophula e o cancer.

Raramente a degenerescencia amyloide acha-se sómente na glandula hepatica: quasi sempre o baço, os rins, as glandulas lymphaticas e a mucosa intestinal são simultaneamente atacadas.

Symptomas.—O começo da molestia limita-se a um peso no hypochondrio direito. A ictericia sómente apparecerá por excepção. Em 23 doentes, observados por Frerichs, sómente 2 apresentaram ictericia.

Pela apalpação e percussão encontra-se augmento de volume do orgão e uma superficie unida e consistente. Frerichs observou nos 23,

casos referidos 17 vezes o augmento de volume, 3 vezes a diminuição e 3 vezes o estado normal.

A ascite, que algumas vezes póde apparecer é dependente antes de uma origem inflammatoria do peritoneo, do que da difficuldade da circulação porta. O baço é quasi sempre hypertrophiado.

As perturbações digestivas traduzem-se por anorexia, dyspepsia, nauseas, vomitos e diarrhéa, de materias esbranquiçadas, que deve ser attribuida á alteração ceruminosa da mucosa intestinal.

Nessas circumstancias o figado, sendo collocado em condições desfavorareis á secreção biliar, á sanguificação e a glycogenia, e o tubo digestivo achando-se privado, em uma certa extensão, das funcções endosmoticas, a assimilação das substancias ingeridas é diminuida, donde a anemia profunda e a cachexia.

O edema apodera-se de certas partes do corpo e a albuminuria, que tambem apparece, attesta a alteração correspondente da substancia renal. O sangue levado ao campo do microscopio tem mostrado a existencia da leucemia.

Diagnostico.—É pela historia e o exame completo do doente que se chega ao diagnostico. Se o individuo que examinamos é um doente anemico que soffre, desde muito tempo, de lesões osseas, de suppuração continua, de manifestação tuberculosa e de albuminuria, tendo o figado e o baço augmentados de volume, devemos acreditar que se trata de uma degenerescencia lardacea, principalmente se, pela anamnese, podermos excluir a infecção palustre.

O figado graxo assemelha-se muito ao figado ceruminoso, e o que ha de mais importante para o esclarecimento do diagnostico differencial é que o figado ceruminoso apparece nos individuos cacheticos, que soffrem de albuminuria, e é acompanhado de edema e de augmento de volume do baço, o que muito raramente acompanha o figado graxo.

Entre a scirrhose hepatica e o figado lardaceo existe a diminuição de volume naquella, perturbações pronunciadas da veia porta e as causas que a teem produzido, o que não se encontra no figado ceruminoso.

Quando a degenerescencia ceruminosa traz diminuição ou conservação normal do volume do orgão, o diagnostico tornar-se-ha impossivel, se os antecedentes do doente não vierem esclarecer a questão.

Tratamento.— A degenerescencia amyloide é uma lesão quasi incuravel e que quasi sempre termina pela morte. Budd aconselha fricções longo tempo continuadas com uma pomada iodada na região hepatica. As preparações iodadas, sobretudo o xarope de iodureto de ferro, depois os banhos salinos, e as preparações ferruginosas teem uma grande applicação no figado lardaceo. Para Frerichs a melhor medicação consiste nas preparações iodadas, aguas sulphurosas, exercicio em um bom clima e uma alimentação reconstituinte e de facil digestão.

**Figado pigmentado ou melanemico.**— A alteração do sangue por granulações pigmentarias negras, pardas ou amarellas, constitue a melanemia. É sobretudo no sangue do figado, do baço, dos rins e do cerebro que ella é observada, e depende de cachexias produzidas pelas febres palustres.

Quando é no figado que observamos essa alteração, notamos os symptomas seguintes: augmento de volume do figado e do baço, peso no hypochondrio. Ha uma hyperemia intestinal que ás vezes determina enterorrhagias e raramente uma ascite.

A côr dos tegumentos e da conjunctiva dos individuos atacados desta affecção é de um amarello escuro.

É muitas vezes do apparecimento da pigmentação no curso de uma febre intermittente que dependem gravissimos accidentes, podendo matar o doente em poucos dias ou em poucas horas.

Quando assim não seja é o typo pernicioso que póde vir substituir o typo intermittente, e então o medico deve precaver-se com uma therapeutica energica.

O delirio, as convulsões e o coma, a albuminuria e a hematuria, põem o pratico em via do diagnostico, que póde ser certificado pelo exame directo do sangue.

Tratamento. — A therapeutica deve ser dirigida principalmente contra os accessos intermittentes; no mais a medicação será symptomatica.

## Cancro do figado.

O cancro do figado foi desconhecido dos antigos que o confundiam, até antes do seculo XIX com todos as affecções organicas e degenerescencias da glandula.

Foi Bayle o primeiro que em 1812 fez dos signaes e frequencia do carcinoma hepatico uma exacta descripção.

Em 1834, o mesmo autor ainda tratou desta lesão e mostrou, que por sua physionomia, marcha e generalisação, ella assemelhava-se, em tudo, ao cancer da mama.

O estudo da symptomatologia e anatomia pathologica do cancer do figado foi continuado e aperfeiçoado por Andral, Cruveilhier, Rokitansky, Lebert, Monneret e Frerichs.

Das diversas especies cancerosos que podem assestar-se no figado, o cancro encephaloide e o scyrrho são os mais frequentes, e aquelle mais frequente do que este.

O carcinoma do figado ora é secundario a producções morbidas em outros pontos do organismo, ora é primitivo e nasce de repente no tecido glandular do figado.

A predisposição hereditaria innata ou adquirida, a extirpação ou a existencia da lesão em outro ponto do organismo, e a idade de 50 a 60 annos formam a etiologia do cancro hepatico.

Symptomatologia. — A lesão póde estar já muito adiantada, sem que signal algum tenha vindo dennuncial-a, havendo apenas um sentimento de peso no hypochondrio direito.

A dôr apparece em uma épocha variavel, exaspera-se pela pressão e occupa a região hepatica, podendo variar muito de séde, de extensão, de fórma e de intensidade, e sómente adquire um verdadeiro valor diagnostico quando reveste o typo lancinante.

Sua existencia, com quanto não seja constante, é, todavia, muito commum. Do hypochondrio direito ella irradia-se, muitas vezes, para a espadua e braço direitos.

O augmento de volume é o signal de maior importancia, pois é o que menos vezes deixa de existir ; quando o augmento se faz para baixo o bordo inferior do figado excede ás falsas costellas, e muitas vezes vai além da cicatriz umbilical, podendo chegar mesmo ás proximidades dos ossos illiacos.

Quando o augmento se faz para cima, o figado póde attingir o mamellão e póde mesmo transpol-o.

A superficie da glandula ora é dura, renitente, ora molle e fluctuante, quasi sempre cheia de tumores desiguaes, os quaes sam claramente percebidos através da parede abdominal, e não offerecem todos a mesma dimensão.

Percutindo-se a região hepatica, nota-se som obscuro, e resistencia em toda a sua extensão.

As perturbações digestivas manifestam-se pela dyspepsia, constipação e diarrhéa, quando a lesão já está muito adiantada. O tumor assestando-se no lobo esquerdo, comprime o estomago e provoca vomitos.

O facies do individuo é logo invadido pela côr e estado macilento, que caracterisam a degenerescencia.

A ascite, que é rara, póde apparecer nos casos de uma peritonite, de uma dyscrasia sanguinea ou de uma atrophia das ramificações da veia porta.

Ás vezes apparecem hemorrhagias intestinaes.

A ictericia, quando existe, é dependente da compressão de algum conducto biliar importante, e então é constante, o que a distingue da ictericia intermittente dos calculos biliares.

Quando a ictericia apparece logo no começo, é preciso muita attenção para poder-se perceber a côr caracteristica da lesão.

O cancer, cuja marcha de ordinario é chronica, apresenta, ás vezes, uma marcha aguda.

Os principaes elementos do diagnostico estão no augmento de volume e nos tumores irregulares que sobresahem na superficie da glandula.

Frerichs considera essas desigualdades como gozando de maxima importancia para o diagnostico. Esses dous signaes, porém, nem sempre manifestam-se perfeitamente, ou porque a lesão não é ainda bem desenvolvida, ou porque uma ascite concomitante impede o pratico de bem aprecial-os.

Monneret chama a attenção para a exacerbação das dôres á noite, o que, segundo elle, confirma o diagnostico. É nessa occasião que apparecerem a febre, os suores, a cephalalgia, a dyspnéa, e, ás vezes, ligeiras epistaxis.

A hypertrophia simples, a hepatite chronica, simples ou syphilitica e as hydatides sam as lesões que mais facilmente se confundem com o cancer do figado, as hydatides não tanto como as outras duas, porque produzem um tumor globuloso mais bem circumscripto e não determinam cachexia alguma.

Frerichs considera no diagnostico differencial o cancer do epiploon, o do estomago, o do rim direito e o tumor dependente do accumulo de materias fecaes no colon transverso.

Os abcessos do figado podem fazer crer na existencia de um cancer hepatico. O trocater explorador póde servir para esclarecer o diagnostico.

Emfim, é da apreciação das causas e da presença do concurso dos symptomas locaes e geraes que depende o juizo diagnostico, que em alguns casos excepcionaes só póde ser feito *post-mortem*.

Tratamento.— No cancer hepatico a therapeutica nada mais póde fazer do que minorar os soffrimentos do doente, acalmando as dôres pelos narcoticos e regularisando as funcções digestivas, por meio de laxativos brandos, pelos amargos e uma alimentação apropriada e reparadora.

## CAPITULO V.

# Kystos do figado.

No figado póde-se encontrar duas especies de kystos: kystos hydaticos e kystos serosos, aquelles são muito mais communs do que estes, que commummente apresentam um pequeno volume, podendo, entretanto, attingir, algumas vezes, dimensões consideraveis.

Quando os kystos serosos são mediocres, são multiplos; quando, porém, attingem um grande volume, ordinariamente existe sómente um grande kysto.

A parede destes kystos é forrada por um epithelio pavimentoso em seu interior, e constituida por uma membrana fibrosa, adherente, isenta de toda a communicação, quer com os vasos, quer

com os canaes biliares, facto este que é um precioso elemento de diagnostico, e serve para evitar a confusão, na autopsia, com as ampolas isoladas das vias biliares dilatadas ou com os tumores vasculares sanguineos; no seu interior existe uma serosidade mais ou menos aquosa.

A symptomatologia do kystos serosos, exceptuando o fremito hydatico, e o seu tratamento, assemelhando-se em tudo o mais á symptomatologia e tratamento dos kystos hydaticos, é destes que nos occuparemos.

**Kystos hydaticos.** — Os kystos hydaticos (Laennec), ordinariamente uniloculares, sam formados por uma membrana adventicia de paredes espessas, adherentes ás partes vizinhas, e de uma membrana acephalocysta, formada de productos albuminosos. Esta membrana é, ás vezes, formada por camadas sobrepostas e coberta, dentro, de pequenos botões que indicam gerações successivas de hydatides secundarias; é forrada interiormente por uma membrana muito delgada (Goodsir, Davaine), a qual é a verdadeira membrana geradora das hydatides.

Os kystos hydaticos encerram echinococos, em numero mais ou menos consideravel, e são cheios de um liquido claro, incoagulavel pelo calor, contendo carbonatos calcareos, granulações gordurosas, e fragmentos de echinococos devidos á destruição de um ou mais desses animaes (Livois).

Ninguem hoje póde negar que o kysto hydatico é parasitario, e serve de receptaculo a entozoarios da familia dos Cestoides, chamados echinococos.

Os echinococos são animaes provenientes dos germens incompletamente desenvolvidos do cysticerco, procedendo tambem, por sua vez, da Tœnea-Nana.

Os echinococos, os cysticercos e as tenias, ainda que muito

differentes na fórma, sam, todavia, o mesmo animal modificado pelo meio, no qual elle tem tirado a sua existencia.

Os echinococos são encontrados em todos os orgãos. É porém o figado um dos orgãos, onde mais vezes se encontram esses parasitas.

A presença desses animaes nos diversos orgãos da economia é devida á passagem de ovulos que existem na mucosa intestinal, para os diversos parenchymas, por meio da veia porta. Sendo o figado aquelle dos orgãos onde primeiro chega o sangue do systema porta, é essa a razão da maior frequencia desses parasitas nessa glandula.

Symptomatologia. — Os kystos desenvolvem-se lentamente, não havendo, no principio, symptoma algum que os denuncie, principalmente se a lesão assesta-se na profundidade do parenchyma do orgão.

É principalmente quando o kysto é volumoso, e apresenta no hypochondrio direito um tumor muito apparente, igual, que se tem augmentado lentamente, sem muita dôr, sem ictericia, sem ascite, sem febre nem deperecimento geral, é principalmente neste caso que o kysto faz crer na sua existencia.

Quando, porém, o crescimento do tumor hydatico, mais rapido do que de ordinario, é acompanhado de dôr e febre, quando uma circumstancia particular, como uma violencia exterior, tem mudado a marcha da molestia, quando, pela compressão que o tumor exerce sobre os conductos biliares, sobre a veia porta, ou sobre a cava, produz uma ictericia, uma ascite ou um edema dos membros inferiores, o que muda mais ou menos a physionomia ordinaria da molestia, ou finalmente quando varios kystos dão ao tumor do hypochondrio um aspecto desigual, nesses casos então o diagnostico torna-se muito difficil.

Em seu desenvolvimento, os kystos hydaticos não determinam

dôres nem perturbações sobre a saude geral ; sómente phenomenos de comppressão sobre os orgãos vizinhos são accusados.

Os kystos hydaticos dão á percussão e á apalpação um ruido de attrito (Briançon, Piorry, Tarral), signal que póde ser devido ao choque das hydatides umas contra as outras, ou, segundo Davaine, á densidade especial do liquido.

O fremito hydatico é o signal caracteristico de hydatides hepaticas. Para bem aprecial-o percute-se com os dedos de uma das mãos, em quanto a face palmar dos dedos da outra é collocada em um ponto distante do lugar percutido, e então sente-se, como diz Piorry, uma vibração analoga á que se sente tocando-se a mola de um relogio.

Os kystos hydaticos, abandonados á natureza, inflammam-se, ás vezes, e tornam-se dolorosos. Nesse caso as hydatides morrem, e ora a bolsa retrahe-se sobre si mesma e seu conteudo espessa-se, ora forma-se um verdadeiro abcesso.

O kysto póde romper-se para o exterior ou para uma cavidade vizinha de sua séde, e então acha-se nas excreções do doente hydatides ou productos, que, examinados ao microscopio, fazem reconhecer os fragmentos de echinococos e portanto a natureza do mal primitivo.

Um kysto hydatico faz-se logo conhecer por sua evolução lenta, sua indolencia, pela fluctuação, pela ausencia de ictericia e de febre, pela presença de porções de tenias nas evacuações, e, algumas vezes, pelo fremito hydatico.

A puncção exploradora e o exame dos liquidos evacuados podem confirmar o diagnostico.

A marcha mais rapida dos abcessos, bem como as dôres e os calefrios que o acompanham bastão para a sua exclusão; quando, porém, inflammão-se as paredes do kysto, o diagnostico sómente poderá ser esclarecido pelos commemorativos.

A colica hepatica, a ictericia, alguns accessos e especialmente

a mobilidade do tumor discriminão a dilatação da vesicula biliar dos kystos.

Kystos volumosos com saliencia superior podem comprimir o pulmão e dar lugar a phenomenos de um derramamento pleuritico. Nesses casos, diz Frerichs, trace-se superiormente, desde o sternon até á columna vertebral, uma linha que limite o som obscuro, a qual, descrevendo um arco voltado para baixo, indicará a existencia do kysto, e de derramamento se fôr mais ou menos recto.

O mais pertence ao trocater e ao microscopio.

Tratamento.— Os medicamentos tomados internamente e a applicação de topicos, como vesicatorios, e as fricções com tintura de iodo, etc., de nada valem. Á cirurgia pertence o tratamento.

Póde-se abrir os kystos do figado, seguindo os mesmos processos que para a abertura dos abcessos hepaticos.

Boinet recorreu á puncção seguida de uma injecção iodada, com a precaução de manter o trocater no lugar durante um espaço de tempo sufficiente para a formação das adherencias.

A puncção simples com um pequeno trocater, repetida varias vezes, foi preconisada por Murchison e por Jobert que deixava a canula no lugar durante vinte e quatro horas. Ultimamente, Dieulafoy publicou um certo numero de factos de curas de kystos do figado, obtidas por meio de puncções reiteradas, feitas com o seu apparelho armado a principio com a agulha n. 1, depois com agulhas n. 2 e n. 3.

O processo de Recamier, porém, é o que offerece maiores vantagens. Richet adopta este processo com algumas modificações: elle faz no kysto uma larga abertura afim de dar uma sahida facil aos volumosos bolsos hydaticos. Richet procede do modo seguinte: Depois de ter verificado o diagnostico por meio de uma puncção capillar, elle applica a pasta de Vienna ao nivel do tumor sobre

uma superficie bastante extensa, depois ataca com a pasta de Canquoin a parede abdominal, camada por camada, até o peritoneo. Ahi faz uma nova puncção com um pequeno trocater, afim de reconhecer a espessura das partes e o gráo de solidez das adherencias. Depois, mergulha no centro da eschara um trocater, faz vasar metade do conteudo do kysto e deixa a canula permanecer por vinte quatro ou quarenta e oito horas; passado esse tempo elle substitue a canula que ficou por uma outra de gomma elastica do volume do trocater e injecta no kysto liquidos adstringentes.

## CAPITULO VI.

# Calculos biliares.

Muitas vezes formam-se na vesicula e nos conductos biliares concreções de bilis, difficultando o curso desta, irritando o figado, perturbando a digestão e provocando colicas hepaticas.

Os calculos biliares são formados ou de cholesterina pura e branca (o que é raro), ou de cholesterina unida a particulas de muco e a uma certa quantidade de materia corante amarella, verde ou negra.

Todos os pontos da glandula hepatica podem ser occupados por calculos.

Quando na vesicula existe um só calculo (o que é raro), este é oval. Ordinariamente seu numero é consideravel, elles são muito volumosos, unidos uns aos outros, o que os torna polyedricos.

Em alguns individuos os calculos acham-se em estado de

granulações livres na bilis ou incrustados nas paredes da vesicula, formando areias hepaticas.

Cada concreção, encontrada na vesicula, contém, no seu interior, um nucleo de materia corante biliar.

Depois de adquirir um grande volume, os calculos apresentam uma disposição ramificada e tomam a fórma dos conductos onde elles se formam.

Quando elles existem sómente na vesicula, a bilis chega facilmente no intestino, porém quando elles estam no canal choledoco ou nos conductos hepaticos obturam essas vias, impedindo a secreção biliar.

Os calculos biliares podem assestar-se na vesicula e ahi permanecer por toda a vida, sem que se suspeite a sua existencia. Assim, porém, não acontece quando elles se introduzem no canal cystico ou no canal choledoco e distendem o tecido fibroso desses conductos; nesse caso, crises intermittentes muito dolorosas apresentam-se, e são conhecidas sob o nome de colicas hepaticas.

Os calculos biliares são mais frequentemente observados nas mulheres do que nos homens, e mais na idade avançada do que na mocidade.

Alguns apresentam como fazendo parte da etiologia dos calculos biliares a vida sedentaria, razão pela qual as mulheres e os velhos são mais vezes accommettidos.

Quando uma dòr violenta, repentina, apparece em um individuo apyretico, assestando-se no epygastro, no hypochondrio direito e no dorso, com nauseas, vomitos, passando no fim de algumas horas, e seguida de ictericia, é fóra de duvida que se trata de uma colica hepatica devida a calculos biliares.

Essas colicas apparecem sob a fórma de accessos mais ou menos

remotos, seguidos ou não de ictericia, e da expulsão pelo anus, de calculos biliares misturados ás materias fecaes.

Um accesso de colica hepatica dura de uma a algumas horas, podendo prolongar-se por dous ou tres dias, com remissões mais ou menos pronunciadas.

Raramente apresentam-se, de um modo bem manifesto, todos os symptomas proprios da colica hepatica; por isso o seu diagnostico é, quasi sempre, difficil.

É a presença de concreções nas fezes e a sensação do ruido que nos dá a apalpação da região hepatica, e que assemelha-se ao ruido produzido pelo attrito de nozes contidas em um sacco (J. L Petit), que facilita o diagnostico.

A colica hepatica póde ser tomada por uma hepatite suppurativa, quando prolonga-se, e produz engurgitamento do figado. Trousseau e Frerichs commetteram esse erro.

É necessario muita attenção e cuidado para não confundir-se a colica hepatica com a colica nephretica, a gastralgia e a hepatalgia. A colica nephretica irradia-se para os lombos e orgãos sexuaes; a hepatalgia dura pouco tempo, é rarissima e não se acompanha de perturbações geraes.

Muitas vezes os calculos biliares penetram no intestino pelo canal choledoco dilatado, outras vezes, porém, uma communicação anormal da vesicula com o intestino ou da vesicula com a pelle facilita a sua expulsão e a cura dos doentes.

Ha casos em que a concreção produz colicas hepaticas e peritonites mortaes, ou um enfraquecimento geral, igualmente seguido de morte.

Em alguns casos raros as concreções biliares não produzem colicas hepaticas, não occasionam senão uma dôr surda no hypochondrio direito, com ou sem ictericia, com dyspepsia, e os doentes

permanecem em um estado de hypochondria mais ou menos pronunciado até sua cura ou morte.

Tratamento. — No tratamento dos calculos biliares ha quatro indicações a preencher. A primeira é impedir o crescimento dos calculos biliares; a segunda é acalmar as dôres dos accessos de colica hepatica; a terceira dissolver os calculos biliares; e a quarta extrahil-os da vesicula.

No primeiro caso, os individuos affectados dessas concreções devem usar um regimen especial, composto de peixes, legumes, fructas, e abster-se de alimentos graxos, de vinhos puros.

No segundo caso, se não houver estado inflammatorio, deve-se aconselhar internamente os saes de morphina, o hydrato de chloral, na dóse de 4 grammas em 60 grammas de xarope de groselhas (Bouchut). As inhalações de chloroformio ou de ether têm sido aconselhadas como muito aproveitaveis. Bricheteau aconselha a applicação do gelo sobre o hypochondrio.

No terceiro caso, a dissolução das concreções hepaticas no figado ou na vesicula póde dar-se por meio de medicamentos que dissolvam a gordura e a cholesterina, taes como o chloroformio, o hydrato de chloral, o ether, a essencia de therebentina, etc. Essas substancias levadas os estomago são directamente absorvidas pela veia porta e conduzidas ao figado, onde põem-se em contacto com as concreções a dissolver.

A fórmula de Durande é a que goza de maior reputação:

Ether.................. 30 grammas
Essencia de therebentina.. 20 »

Para tomar de 2 a 4 grammas em uma colher d'agua com assucar, devendo o doente beber depois uma chicara de sôro de leite ou de cozimento de cevada.

Bouchut aconselha ainda as fórmulas seguintes:

| | | |
|---|---|---|
| Chloroformio........... | 10 | grammas |
| Alcool................ | 80 | » |
| Xarope de gomma....... | 250 | » |

Para tomar uma colher pequena de 3 em 3 horas ou

| | | |
|---|---|---|
| Hydrato de chloral........ | 20 | grammas |
| Xarope de groselhas...... | 250 | » |

Para tomar nas 24 horas.

Quarta indicação. —Extracção dos calculos da vesicula Quando os calculos biliares formam um tumor no bordo livre do figado, convém applicar a pasta de Vienna, tirar a eschara no fim de 24 horas e collocar uma pasta de chlorureto de zinco para formar uma eschara mais profunda, e quando se tiver estabelecido as adherencias do tumor com as paredes abdominaes, incisa-se com o bisturi para extrahir o conteudo.

## Cholecystite.

A cholecystite ou a inflammação da vesicula biliar depende ou da propagação da inflammação dos conductos biliares ou da obliteração do canal cystico por um calculo biliar, ou emfim da presença de calculos biliares na vesicula.

Symptomatologia. — A cholecystite apresenta-se acompanhada de dôr muito viva abaixo do rebordo das falsas costellas direitas, augmentando-se pela pressão, respiração e movimentos do tronco; acompanha-se ainda de ictericia, vomitos e febre e de um tumor com empastamento, fluctuação, e, como consequencia, um abcesso

que póde vasar-se no exterior por meio de adherencias com a parede abdominal. Si essas adherencias são espontaneas, quasi sempre são precedidas de edema das paredes do ventre.

Quasi sempre é precisa a applicação de causticos para formar as adherencias. O abcesso póde tambem abrir-se nos intestinos, ou em alguma cavidade com a qual tenha contrahido as adherencias.

Quando em um individuo que soffre de colicas hepaticas, ou que está sob a influencia de uma affecção typhoide, sobrevém uma dôr viva e localisada abaixo do rebordo das falsas costellas e seguida de febre com ictericia e vomitos, devemos acreditar que se trata de uma cholecystite aguda.

Quando a inflammação termina-se por um abcesso, de sorte que possamos perceber claramente um tumor fluctuante excedendo o bordo das falsas costellas direitas, o diagnostico adquire então todos os gráos de probabilidade e torna-se mesmo certa.

Infelizmente, porém, isso nem sempre acontece, nem sempre o abcesso é accessivel á exploração, e além disso quando elle está situado profundamente, póde ser confundido com outros tumores fluctuantes do hypochondrio, como o abcesso do figado; porém o abcesso do figado, segundo J. L. Petit, não apresenta uma fluctuação tão manifesta como o abcesso da vesicula. Além disso a séde do abcesso da vesicula é sempre sob as costellas, perto do musculo recto, ao passo que a séde do abcesso do figado varia muito.

O abcesso da vesicula póde ainda ser confundido com a retenção da bilis nesse reservatorio, porém diz J. Petit: a dôr é de mais longa duração no abcesso do que na retenção biliar; é pulsativa e, quando diminúe, o doente não sente um bem estar tão completo como acontece quando a dòr, devida á retenção, se tem acalmado.

Demais os frios irregulares são mais longos e seguidos de calor, o que não acontece na simples retenção.

TRATAMENTO — Os phenomenos inflammatorios locaes da cholecystite devem ser combatidos pelas sanguesugas, os vesicatorios volantes e as cataplasmas emollientes. Mais tarde deve-se prescrever os purgativos a fim de provocar contracções nos intestinos e abalo nas vias biliares, provocando assim a sahida do calculo que oblitera o canal cystico e causa a inflammação.

Quando o tumor está formado e tende a augmentar, deve-se provocar adherencias, se já não existem, e abril-o com o bisturi pelo processo de Recamier.

Para a cura radical dos doentes deve-se fazer injecções causticas; mas é preciso notar que esse meio é perigoso, e que, portanto, exige criterio em sua applicação.

# PROPOSIÇÕES.

## SCIENCIAS ACCESSORIAS.

### Aborto criminoso.

I.

Aborto em medicina legal é a expulsão prematura e violentamente provocada do producto da concepção, independentemente das circumstancias, de edade, de viabilidade e mesmo de formação regular, com o fim criminoso.

II.

Quer o feto esteja vivo ou morto, quer tenha attingido ou não a épocha da viabilidade, não mudam nem as condições physicas nem as condições moraes do aborto.

III.

É de grande importancia conhecer em que condições sociaes se acham as mulheres que cedem á suggestão criminosa que as conduzio ao aborto.

IV.

Uma das questões mais importantes para o medico legista é a da épocha em que tem lugar, as mais das vezes, a expulsão provocada do producto da concepção.

V.

Qualquer que seja o processo empregado nas manobras abortivas, é excessivamente importante notar com cuidado os effeitos immediatos que ellas determinam.

VI.

As consequencias, quer immediatas, quer consecutivas do aborto, são sempre mais ou menos funestas, por isso o perito deve dar a todos os factos sua completa interpretação e bem compenetrar-se da natureza dos accidentes proximos, ou remotos, que o aborto possa produzir.

VII.

É da mais alta importancia interrogar com cuidado a mulher' não só sobre as condições geraes de sua saude, como tambem sobre as circumstancias particulares de sua prenhez e sobre os menores detalhes dos factos que teem precedido, acompanhado e seguido as tentativas ou manobras abortivas.

VIII.

Quando nos primeiros mezes da prenhez, no momento de um falso parto, observa-se um rompimento do utero, deve-se suspeitar uma lesão produzida por uma operação abortiva.

IX.

É de interesse, mesmo no ponto de vista medico-legal, bem conhecer os symptomas das rupturas espontaneas do utero.

X.

A perfuração do utero por manobras criminosas nunca se acompanha das desordens exteriores que caracterisam as lesões uterinas consecutivas a golpes, a quedas, a ferimentos accidentaes ou a outros que possam attingir o utero através das paredes abdominaes.

XI.

O exame do feto póde fornecer elementos para a descoberta da verdade.

XII.

A questão capital, no exame do producto de concepção, expulso prematuramente em consequencia de manobras criminosas, é indagar, depois de haver determinado a natureza desse producto, se seu corpo, ou seus restos trazem traços apreciaveis dessas manobras.

## PROPOSIÇÕES.

# SCIENCIAS CIRURGICAS.

## Hemorrhagias puerperaes.

I.

Chama-se hemorrhagia puerperal toda a extravasação sanguinea, mais ou menos abundante, que affecta á mulher ou no curso da prenhez ou no momento do parto e do delivramento, e que tem a sua procedencia nos orgãos genitaes e com especialidade no utero.

II.

As hemorrhagias puerperaes se dividem em primitivas e secundarias.

III.

Durante a prenhez, as contracções espasmodicas, a retracção do utero, não sam estranhas á producção das hemorrhagias, descollando a placenta.

IV.

A inserção anormal da placenta é uma causa muito frequente de hemorrhagia.

V.

A inercia do utero, depois da sahida do feto, é sempre a causa das grandes hemorrhagias, que teem lugar no momento do delivramento.

VI.

Quando uma mulher aborta, o primeiro phenomeno apparente é sempre uma hemorrhagia, que é a consequencia de uma congestão uterina ou de uma violencia exterior, que teve por effeito o descollamento da placenta.

VII.

As hemorrhagias uterinas podem ter lugar para fóra ou para dentro do utero, o que constitue as perdas internas ou externas.

VIII.

Em uma épocha avançada da prenhez, as perdas abundantes se traduzem por symptomas geraes e arrastam muitas vezes a morte da criança.

IX.

Durante o trabalho, as syncopes e o augmento subito do ventre indicaráõ sempre uma perda interna.

X.

O tratamento das hemorrhagias divide-se em prophylatico e curativo.

XI.

O tratamento prophylatico consiste no emprego de meios que servem para combater a acção das causas predisponentes.

XII.

O tratamento curativo comprehende os meios de que lançamos mão para sustar a hemorrhagia.

# PROPOSIÇÕES.

## SCIENCIAS MEDICAS.

### Nevralgias.

I.

As nevralgias são nevroses caracterisadas por dôres intermittentes ou remittentes sobre o trajecto dos nervos, sem febre e sem alteração do tecido nervoso.

II.

O frio, as nosohemías chloroticas, saturnina, syhilitica e as lesões dos nervos ou dos tecidos vizinhos, representam um papel importante na etiologia das nevralgias.

III.

A intermittencia da dòr nevralgica póde ser explicada satisfactoriamente pelo esgotamento da sensibilidade no nervo affectado.

IV.

O calor ou o frio podem indistinctamente exasperar as dôres nevralgicas.

V.

As nevralgias produzem, em diversos gráos, nas partes em que se distribue o nervo doente, atrophia, paralysia, anesthesia, spasmos, convulsões parciaes e nosorganias visceraes.

VI.

Uma nevralgia intermittente, periodica e regular, deve ser considerada como uma febre larvada que deve ser combatida pela quinina.

VII.

As nevralgias são as entidades symptomaticas que mais commummente reincidem.

VIII.

Debellar a affecção no seu principio pathogenico e nas suas manifestações clinicas, eis as duas indicações principaes no tratamento das nevralgias.

IX.

A medicação revulsiva tem dupla acção no tratamento das nevralgias: deslocamento da irritação e esgotamento da sensibilidade.

X.

Ella dá resultados muito satisfactorios nas nevralgias rheumaticas caracterisadas por congestões do nevrilemma.

XI.

Quando já não existe atrophia muscular da parte affectada, a electricidade constitue um dos melhores meios de tratamento nas nevralgias antigas e rebeldes ás outras medicações.

XII.

Ha nevralgias que durante toda a vida permanecem rebeldes aos diversos meios therapeuticos.

# HIPPOCRATIS APHORISMI.

I

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. (Sec. 1ª, Aph. 1º.)

II.

Ex jecoris inflammatione singultus, malum. (Sec. 7ª, Aph. 17.)

III.

Quibus jecur aqua plenum in ementum eruperit, eis venter aqua impletur et moriuntur. (Sec. 7ª, Aph. 55.)

IV.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. (Sec. 2ª, Aph. II.)

V.

Extremis morbis, exquisitè extrema remedia optima. (Sec. 1ª, Aph. 6º.)

VI.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ vero ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. (Sec. 7ª, Aph. 88.)

Esta these está conforme os estatutos.—Rio, 24 de Setembro de 1875.

DR. CAETANO DE ALMEIDA.

DR. JOÃO DAMASCENO PEÇANHA DA SILVA.

DR. KOSSUTH VINELLI.